RAPPORT ANNUEL
de gestion

2009-2010

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

Québec

RAPPORT ANNUEL

de gestion

2009-2010

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration du 30 septembre 2010

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de la planification, des affaires corporatives, des communications et de l'Infocentre

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, à condition de mentionner la source.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :

Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500, poste 250
Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse **www.rrsss03.gouv.qc.ca**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
Santécom

ISBN : 978-2-89616-105-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-106-5 (version PDF)

Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général de l'Agence

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2009-2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. La dernière année d'activités de notre réseau régional fut marquée par plusieurs dossiers majeurs ayant mobilisé tout le personnel. Notre région a aussi poursuivi ses efforts afin de faire de l'accès aux services de santé et aux services sociaux une priorité d'action.

Les services de première ligne en constant développement

L'Agence a maintenu le développement des services médicaux de première ligne en 2009-2010. Le nombre de groupes de médecine de famille (GMF) a littéralement doublé depuis cinq ans. En effet, l'accréditation d'un 27e GMF à l'hiver 2010 a permis d'offrir des services médicaux aux quelque 341 000 personnes inscrites. Un projet de GMF est en chantier et une autre demande est sous analyse. Tout près de 383 médecins sont regroupés en GMF et travaillent en étroite collaboration avec plus d'une soixantaine d'infirmières cliniciennes. Rappelons qu'à terme, nous visons un total de 30 GMF. En parallèle, trois nouvelles cliniques-réseau ont été implantées au cours de 2009-2010, ce qui porte à huit le nombre total de ces cliniques dans la région. Un autre projet est aussi à l'étude. Cette formule de prise en charge des patients par l'infirmière, où l'inscription n'est pas obligatoire pour le sans rendez-vous, a déjà démontré son efficacité. Notons que les médecins participant aux cliniques-réseau ont déjà pris en charge plus de 3 000 patients vulnérables, orphelins, sans médecin de famille.

Au plan des urgences, l'augmentation marquée des personnes âgées sur civière a eu des impacts sur la performance de la région. Les mesures destinées à éviter les débordements ont cependant été maintenues. Différents comités régionaux ont pour objectif d'aider le réseau à s'organiser. Au plan local, plusieurs hôpitaux ont entrepris des travaux d'analyse interne, comprenant notamment la révision du processus de travail à l'urgence ou encore la mise en place d'une coordination à la gestion des lits. Notons plus précisément l'arrivée d'une infirmière additionnelle du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) pour la prise en charge de la clientèle de toxicologie se présentant à l'urgence. Ces dispositions ont certes donné des résultats, mais il faudra des efforts supplémentaires.

De plus, la démission en 2009 de plusieurs psychiatres et la crise interne à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) ont eu des répercussions sur les services offerts et sur l'achalandage dans les urgences. L'Agence a été sollicitée pour accompagner cet établissement dans l'analyse et la recherche de solutions par les recommandations du rapport Paquet. La région a donc obtenu l'autorisation de procéder à la nomination de huit nouveaux psychiatres, dont trois seront directement affectés à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Nous pouvons donc croire en la perspective, dès 2010-2011, d'une remise graduelle en fonction du module d'évaluation-liaison (MEL) et de l'urgence psychiatrique. L'Agence s'apprête également à mettre en place un comité régional de coordination des services en santé mentale, dont le mandat sera de coordonner les travaux dans ce secteur.

Garantissant aux patients un délai maximal pour subir une opération, le mécanisme d'accès à la chirurgie, implanté voilà maintenant deux ans, a donné en 2009-2010 des résultats une fois de plus très satisfaisants. Près de 95 % des patients opérés au cours de la dernière année l'ont été en moins de 6 mois, tout type de chirurgies confondu, une proportion qui se situe au-delà des cibles ministérielles. L'année 2009-2010 aura permis de réaliser 580 chirurgies de la hanche et 860 chirurgies du genou, soit respectivement 40 % et 98 % d'opérations de plus qu'au cours de l'année de référence 2002-2003. Le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) de la Capitale-Nationale, qui a célébré cette année son premier anniversaire, continue à afficher des résultats exceptionnels. En 2009-2010, 8 637 chirurgies de la cataracte ont été réalisées, soit 2 808 opérations de plus qu'en 2002-2003. Ces résultats nous démontrent que le regroupement des ressources et des services en ophtalmologie à l'Hôpital du Saint-Sacrement a été une décision judicieuse pour la population de la Capitale-Nationale.

En outre, les cibles fixées ont été atteintes dans plusieurs autres secteurs d'activité, dont ceux de la déficience intellectuelle ou physique et de la jeunesse.

Les grands dossiers de 2009-2010

En 2009-2010, des sommes importantes ont été investies pour des projets d'immobilisation dans la région de la Capitale-Nationale. Parmi les grands chantiers immobiliers, notons, entre autres, la poursuite des travaux en vue de la rénovation et l'agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec, de la réalisation d'un pavillon des sciences neurologiques à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de la construction d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à Pont-Rouge.

Concernant le processus de certification des résidences pour personnes âgées, au 31 mars 2010, 83 % des quelque 180 résidences de la région avaient obtenu leur certificat de conformité.

En santé publique, la dernière année aura permis, notamment, le dépôt du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, l'adoption à l'Agence d'une politique alimentaire, la réalisation d'une étude intitulée *Perceptions du milieu scolaire concernant l'animation et l'aménagement des cours d'école, au primaire, dans la région de la Capitale-Nationale*, en plus de porter une attention particulière aux dossiers du projet de loi fédéral abolissant le Registre des armes à feu et de l'offre de jeu en ligne par Loto-Québec.

Le 2 février 2010, les représentants de l'Agence ont présenté le bilan exhaustif 2005-2010 de leurs activités devant les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec. Ce fut l'occasion de dresser les principaux constats au sujet des réalisations des dernières années, en plus d'aborder les enjeux et les perspectives pour l'avenir. L'accès aux services demeure l'enjeu fondamental pour la région.

C'est sous le thème *Mission Capitale : L'accès aux services* que le processus engendrant la réalisation de la Planification stratégique régionale 2010-2015 a été amorcé. La participation de tous les établissements de la région dans le processus de travail, un sondage réalisé dans la population ainsi que diverses consultations auprès des différentes tables régionales et des partenaires du réseau ont permis d'établir la vision, les engagements, les valeurs, les principes, les objectifs et un plan d'action du réseau régional.

Au 31 mars 2010, le processus n'est pas complété, mais l'Agence prévoit être en mesure de déposer au ministère de la Santé et des Services sociaux sa planification pluriannuelle pour le 30 juin 2010.

Parmi les dossiers marquants de 2009-2010, il est difficile de passer sous silence l'épisode de la pandémie mondiale de grippe A(H1N1) et la grande campagne de vaccination massive pour toute la population de la région, soit plus de 680 000 personnes, que notre réseau a mis en place à l'automne 2009. Ce dossier a mobilisé l'ensemble du personnel du réseau, au plan tant administratif que clinique. Les quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de la Capitale-Nationale ont ouvert dix centres de vaccination massive pour la population et tous les établissements du réseau ont réalisé la vaccination du personnel de la santé. Au total, la région a administré des vaccins contre la grippe A(H1N1) à 423 296 personnes et la couverture vaccinale a atteint un excellent taux de 61,2 % sur le territoire de la Capitale-Nationale. Nous profitons donc de l'occasion pour souligner la contribution exceptionnelle de l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région afin de contrer cette pandémie.

Finalement, nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements aux 34 000 employés et médecins du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, de même qu'au personnel de l'Agence, puisqu'ils consacrent au quotidien temps et efforts pour offrir des services de qualité à notre population. La région de la Capitale-Nationale présente un bon bulletin et c'est d'ailleurs ce que notait le commissaire à la santé et au bien-être dans son premier rapport sur le réseau de la santé et des services sociaux. Notre défi à tous consiste à maintenir cette position enviable malgré une conjoncture exigeante, où les enjeux budgétaires et ceux liés à la main-d'œuvre sont toujours aussi préoccupants. Nous avons une fois de plus marqué des points en 2009-2010, mais il reste encore des défis importants à relever et nous ne pourrons y arriver qu'en travaillant tous ensemble.

Bonne lecture!

Jean-Marie Bouchard
Président

Michel Fontaine
Président-directeur général

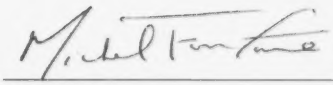
Déclaration du président-directeur général

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009-2010 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.



Michel Fontaine
Président-directeur général

Table des matières

			Page
		Liste des acronymes et des sigles	9
1.		Présentation de l'Agence	13
	1.1	Mission	15
	1.2	Plan d'organisation	16
	1.3	Conseil d'administration	17
	1.4	Établissements publics et privés conventionnés	18
	1.5	Établissements offrant des services suprarégionaux	18
	1.6	Établissements ayant une mission régionale	18
	1.7	Centres hospitaliers universitaires et instituts	19
	1.8	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale	19
	1.9	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale	20
	1.10	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale	20
	1.11	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale	22
	1.12	Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale	22
	1.13	Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale	24
	1.14	Effectifs	24
	1.15	Politique relative au harcèlement psychologique au travail	25
	1.16	Programme d'aide aux employés	25
2.		Entente de gestion et d'imputabilité	27
	2.1	Entente de gestion et d'imputabilité	29
	2.2	Personnel du réseau et du Ministère	30
	2.3	Santé publique	34
	2.4	Services généraux – Activités cliniques et d'aide	38
	2.5	Perte d'autonomie liée au vieillissement	40
	2.6	Déficience physique	42
	2.7	Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement	45
	2.8	Jeunes en difficulté	47
	2.9	Dépendances	49
	2.10	Santé mentale	50
	2.11	Santé physique	55
	2.12	Hygiène et salubrité	66
	2.13	Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	67
	2.14	Habitudes de vie et maladies chroniques	71
	2.15	Maladies infectieuses	75
	2.16	Traumatismes non intentionnels	76
	2.17	Pauvreté, développement social et des communautés	78
	2.18	Perte d'autonomie liée au vieillissement	80
	2.19	Déficience physique	81
	2.20	Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement	85
	2.21	Dépendances	87
	2.22	Santé mentale	88
3.		Autres résultats d'importance	89
	3.1	Planification stratégique régionale 2010-2015	91
	3.2	Commission de la santé et des services sociaux	91
	3.3	Plan d'action régional de santé publique 2009-2012	92
	3.4	Vaccination contre l'influenza pandémique A(H1N1)	93
	3.5	Politique pour une saine alimentation	95
	3.6	Perceptions du milieu scolaire concernant l'animation et l'aménagement des cours d'école, au primaire, dans la région de la Capitale-Nationale	95
	3.7	Prévention de l'augmentation des suicides et des homicides par arme à feu	96

3.8 Abattage d'arbres : une activité à pratiquer en toute sécurité 96
3.9 Loto-Québec et l'offre de jeu en ligne : la prévention doit primer sur l'offre 96
3.10 Utilisation d'explosifs générant du monoxyde de carbone (CO) 97
3.11 Processus de certification des résidences pour personnes âgées 97
3.12 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en soins de longue durée (PECA) 97
3.13 Services préhospitaliers d'urgence (SPU) 99
3.14 Sécurité civile sociosanitaire 100
3.15 Services à la clientèle 101
3.16 Régime de traitement des plaintes 102
3.17 Réorganisation des laboratoires 103
3.18 Circuit du médicament 103
3.19 Complémentarité des services médicaux spécialisés 104
3.20 Services médicaux de première ligne 106
3.21 Dossier de santé du Québec (DSQ) 106
3.22 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre 107
3.23 Technocentre régional 108
3.24 Plan régional d'informatisation 109
3.25 Forum de la population 109
4. Données financières 111
4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence 113
4.2 Rapport de la direction 127
4.3 Rapport du vérificateur externe et états financiers condensés de l'Agence 128
4.4 Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2009 140
5. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés 147
5.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés 149
ANNEXE 1 Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 159
ANNEXE 2 Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 161
ANNEXE 3 Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale 162
ANNEXE 4 Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 163
ANNEXE 5 Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale 165
ANNEXE 6 Liste des membres du Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale 166
ANNEXE 7 Liste des cliniques-réseau 167
ANNEXE 8 Liste des groupes de médecine de famille 167
ANNEXE 9 Plan régional des effectifs médicaux en spécialité 168
ANNEXE 10 Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique 170
ANNEXE 11 Liste des services de premiers répondants de la région de la Capitale-Nationale 171
ANNEXE 12 Transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale 172
ANNEXE 13 Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux — Édition 2008-2009 173
ANNEXE 14 Programme de soutien aux organismes communautaires 173

Liste des acronymes et des sigles

ABA :	Approche behaviorale appliquée
AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AETMIS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMP :	Activités médicales particulières
ATI :	Approche territoriale intégrée
AVC :	Accident vasculaire cérébral
BAPE :	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
BCM :	Bilan comparatif des médicaments
CAM :	Comité analyse de milieu
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC :	Centre de communication santé des Capitales
CCVT :	Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique
CDD :	Centre de dépistage désigné
CDJ :	Chirurgie d'un jour
CEPI :	Préceptorat et mentorat
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHRG :	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR :	Commission infirmière régionale
CIRRIS :	Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale
CJQ :	Centre jeunesse de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMA :	Cliniques médicales associées
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMS :	Centres médicaux spécialisés
CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale
COMUR :	Comité de mesure d'urgence régional de Charlevoix
CPE :	Centre de la petite enfance
CRDIQ :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRLA :	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRUV :	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
CUO :	Centre universitaire d'ophtalmologie
DEA :	Défibrillateur externe automatisé
DGA :	Directeurs généraux adjoints
DI :	Déficience intellectuelle
DMS :	Durée moyenne de séjour
DNU :	Direction nationale des urgences
DP :	Déficience physique
DPAPA :	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
DRMG :	Département régional de médecine générale
DRRC :	Dépôt régional de résultats cliniques
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSP :	Direction des services professionnels
DSQ :	Dossier de santé du Québec

EEP : Étude d'électrophysiologie

EESSAD : Entreprises d'économie sociale de soutien à domicile

E-SMAF : Logiciel du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

ETC : Équivalent temps complet

ETP : Équivalent temps partiel

FA : Fibrillation auriculaire

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

FPOP : Forum de la population

GESTRED : Système de suivi de gestion et de reddition de compte

GFR : Gestion des fonds régionalisés

GMF : Groupe de médecine de famille

GPS : Système de géolocalisation

HD : Hors délai

HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec

HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus

HPS : Heures de prestation de services

HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise

HSS : Hôpital du Saint-Sacrement

IAIC : Infrastructure d'accès à l'information clinique régionale

ICCA : Institut canadien des comptables agrées

ICI : Intervention comportementale intensive

I-CLSC : Système Intégration CLSC

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPM : Index patient maître

IPPAP : Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires

IPS : Infirmières praticiennes spécialisées

IRDPQ : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

IRIS-RUQ : Infrastructure de recherche intégrée en santé – Réseau universitaire de Québec

ISAR : Infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation

ITIL : Implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MDSA : Moniteur défibrillateur semi-automatique

MEL : Module évaluation-liaison

MGF : Manuel de gestion financière

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NEC : Note d'évolution clinique

NIU : Numéro d'identification unique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORIIQ : Ordre régional des infirmiers et infirmières du Québec

PACS : *Picture archiving and communication systems* / Imagerie numérique digitale

PACT : Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté

PAE : Programme d'aide aux employés

PAJT : Programme accès jeunesse en toxicomanie

PALV : Perte d'autonomie liée au vieillissement

PAMTA : Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers

PCFI : Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières

PCGR : Principes comptables généralement reconnus

PECA : Programme d'évaluation et de coordination des admissions

PFT : Programme fonctionnel et technique

PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRASAT :	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI :	Plan de services individualisé
PTE :	Plan triennal des équipements
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI :	Ressources intermédiaires
RID :	Répertoire d'imagerie diagnostic
RMD :	Révision de la médication à domicile
RNI :	Ressources non institutionnelles
RQCT :	Réseau québécois de cardiologie tertiaire
RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SBF-R :	Système budgétaire financier régional
SGAS :	Système d'information pour la gestion de l'accès aux services
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention
SIDIIEF :	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
SIMASS :	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIR :	Système d'information radiologique
SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIU :	Système d'information sur l'usager
SPGGR :	Saines pratiques de gestion généralement reconnues
SPU :	Services préhospitaliers d'urgence
SRVD :	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle
TAP :	Technicien ambulancier / Paramédic
TBIG :	Tableau de bord des indicateurs de gestion
TCC :	Traumatisme craniocérébral
TCE :	Trichloroéthylène
TCR :	Technocentre régional
TDM :	Tomodensitométrie
TED :	Trouble envahissant du développement
TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
TRCDMS :	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UMF :	Unité de médecine familiale
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH :	Virus du papillome humain

1. Présentation de l'Agence

1.1 Mission

Essentiellement responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale, l'Agence a été instituée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. Elle doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes; évaluer l'état de santé et de bien-être de la population; déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire; s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau; voir au respect des droits des usagers; évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale; rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

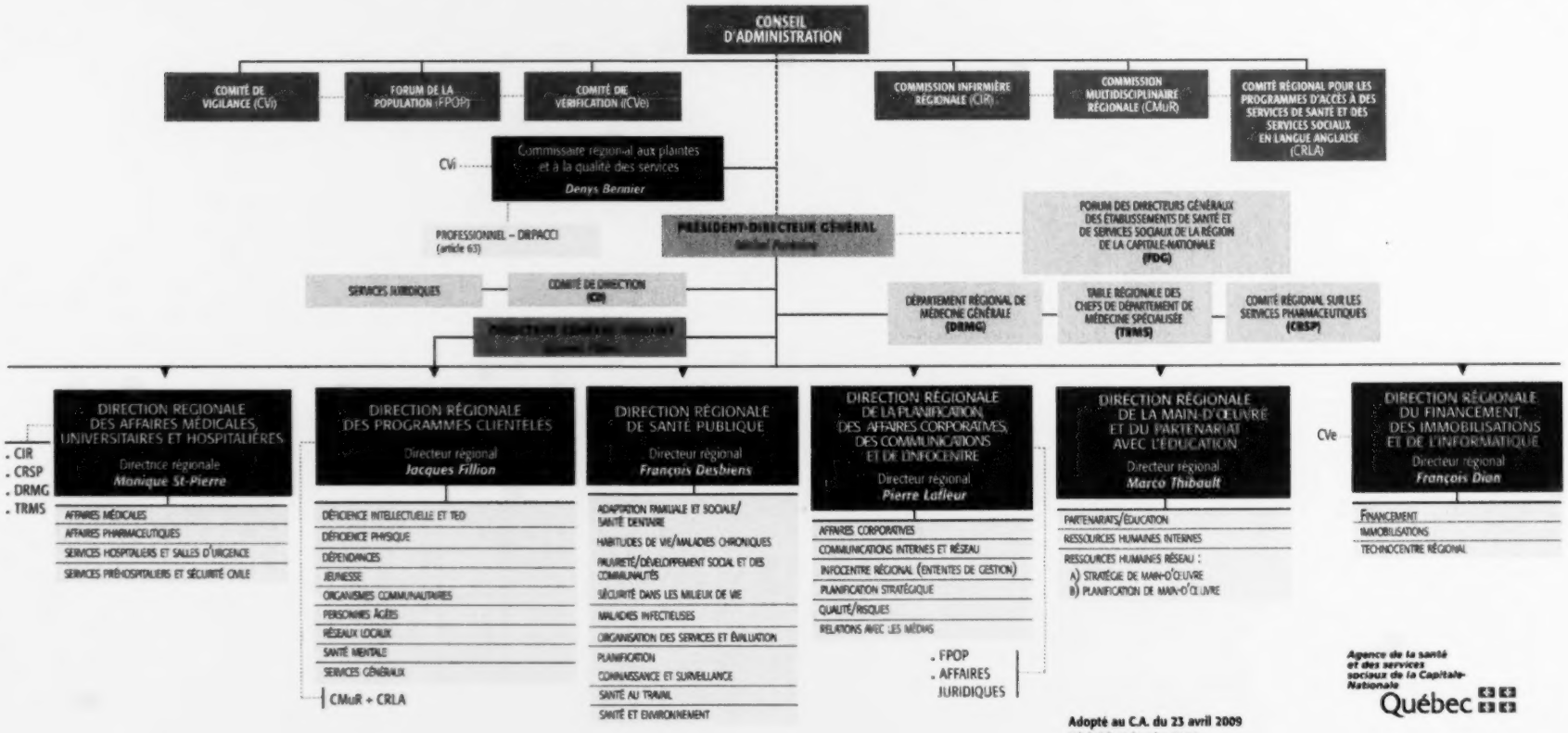
De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 669 316 personnes. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 900 000 personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'Est.

1.2 *Plan d'organisation*

Le plan d'organisation

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE



Adopté au C.A. du 23 avril 2009
Révisé le 5 janvier 2010

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

1.3 *Conseil d'administration*

Membres du conseil d'administration

Bergevin, Ginette (vice-présidente)	Milieu communautaire, Québec (Québec)
Blouin, Yves	Membre coopté – Secteur public de l'enseignement, Québec (Québec) Mandat renouvelé du 21 janvier 2010 au 20 janvier 2013
Bouchard, Jean-Marie (président)	Compétence en gestion, Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Desrosiers, Guy	Organismes socioéconomiques, Québec (Québec)
Filteau, André	Organismes socioéconomiques, Cap-Santé (Portneuf) Mandat terminé le 5 mai 2009 – Poste vacant
Fontaine Michel (secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence, Québec (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion – CSSS ou CHSLD, Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Houde, Andrée	Comité des usagers des établissements, Québec (Québec)
Michaud, Réal	Membre coopté – Compétence en gestion, Québec (Québec) Mandat renouvelé du 21 janvier 2010 au 20 janvier 2013
Morin, Sylvie	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale (CMuR), Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement, Québec (Québec)
Petit, Suzanne	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale (CIR), Vieille-Capitale (Québec) Perte de qualité, démission le 18 septembre 2009 – Poste vacant
Pfisterer, Jean-Pierre	Membre coopté Québec (Québec) Début du mandat le 21 janvier 2010 jusqu'au 20 janvier 2013
Piché, Christiane	Université Laval, Neuville (Portneuf)
Piedbœuf, Bruno	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS-CN), Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Robitaille, Michel	Département régional de médecine générale (DRMG), Québec (Québec)
Savard, Sylvie	Milieu syndical, Saint-Nicolas (Chaudière-Appalaches)
Walling, Helen	Membre coopté – Comité des usagers des établissements, Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec) Mandat terminé le 20 janvier 2010

1.4 Établissements publics et privés conventionnés

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		13
■ Centres de santé et de services sociaux	4	
■ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
■ Centres de réadaptation	3	
■ Centres d'hébergement et de soins de longue durée	1	
■ Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	3	
■ Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés conventionnés		9
Établissement privé conventionné spécifique		1
Établissements privés non conventionnés		5

1.5 Établissements offrant des services suprarégionaux

- Centre hospitalier universitaire de Québec;
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec;
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec;
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées).

1.6 Établissements ayant une mission régionale

- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve;
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec;
- Centre jeunesse de Québec (institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement);
- Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's (établissement ayant une désignation pour la population de langue anglaise).

1.7 Centres hospitaliers universitaires et instituts

- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement;
- Centre hospitalier universitaire de Québec : Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec;
- Centre jeunesse de Québec;
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec.

1.8 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale[1]

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu quatre rencontres régulières au cours de l'année 2009-2010 ainsi qu'une assemblée générale, le 23 mars 2010. Cette dernière fut l'occasion de procéder à la nomination de nouveaux membres pour une période de quatre ans. Voici les principaux sujets qui ont été discutés dans le cadre des rencontres régulières :

- le portail du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
- la gestion clinique intégrée et intensive des grands utilisateurs de services;
- l'introduction des infirmières auxiliaires à l'IUCPQ;
- le projet de valorisation de la pratique infirmière en santé mentale;
- le Congrès mondial triennal du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF);
- la campagne de communication du Dossier de santé du Québec (DSQ);
- la création d'un journal de la CIR;
- le mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) sur les IPS;
- les travaux et le mandat de la Table régionale des directeurs des soins infirmiers (TRDSI);
- la pandémie et les soins infirmiers;
- l'étude de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) sur l'utilisation de la thérapie par pression négative dans le traitement des plaies complexes;
- l'introduction des infirmières auxiliaires au bloc opératoire.

1. La liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 1.

1.9 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale[2]

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR), par l'intermédiaire de sa représentante, a participé aux séances du conseil d'administration de l'Agence. La CMuR a amorcé un processus de réflexion ayant pour objectif de déterminer les sujets où l'expertise des membres de la commission serait mise à contribution. Le bilan du processus de réflexion est à réaliser.

1.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale[3]

La Table régionale des chefs de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS-CN) a tenu trois séances ordinaires et a convoqué une réunion extraordinaire le 9 mars 2010, concernant particulièrement le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialités et les travaux ministériels en cours.

La médecine spécialisée foisonne de dossiers passionnants et de défis d'organisation. Cette année, la Table des chefs s'est principalement attardée sur certains d'entre eux, dont notamment :

- le projet immobilier de L'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ);
- le bilan de la reconnaissance des équipes locales et suprarégionales dans le Programme de lutte contre le cancer;
- les difficultés importantes rencontrées par les anatomopathologistes, plus précisément ceux du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CH*A*). D'importants efforts ont été consentis pour juguler la crise qui frappe ce groupe de professionnels stratégiques pour l'exercice de la médecine moderne, particulièrement en oncologie. La Table a soutenu la mise en place d'une structure régionale de concertation qui réunit le CHUQ, le CH*A* et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et qui est chargée d'examiner toutes les avenues de solutions potentielles et toutes les possibilités de collaboration qui pourraient contribuer à une meilleure organisation des services dans cette spécialité;
- la radiologie diagnostique, elle aussi soumise à une importante charge de travail et confrontée à de très grands défis d'organisation. Tiraillée entre le développement de la radiologie d'intervention et une augmentation des activités diagnostiques, tant en nature qu'en nombre, certains milieux sont à la limite de la rupture de services. La Table des chefs a soutenu la mise en place d'une structure régionale chargée de trouver des moyens de réduire la pression exercée sur cette profession « captive » de la demande;
- la mise en place de nouvelles ententes entre le réseau public et les cliniques privées de radiologie, aujourd'hui renommées laboratoires d'imagerie médicale (LIM). Voilà un exemple de partenariat entre le public et le privé, dans lequel une recherche respectueuse des intérêts des uns et des autres peut être envisagée;

2. La liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 2.
3. La liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 3.

- l'importante démarche de réflexion sur la réorganisation des services en chirurgie plastique dans la région de la Capitale-Nationale, soutenue par la Table des chefs, accompagnée par le Dr Pierre Denault, anesthésiologiste, dont nous saluons ici le travail appliqué et rigoureux;
- la proposition d'un modèle d'intervention pour les grands utilisateurs des services de santé (urgence et hospitalisation), accueillie très positivement par les membres du comité directeur de la Table des chefs;
- l'organisation des services en orthopédie dans la région, qui nécessite un temps de réflexion et de mise en commun autour de solutions susceptibles d'être porteuses d'avenir. En ce sens, la Table des chefs a soutenu la mise en œuvre d'un mandat confié à une équipe régionale que le Dr Henri-Louis Bouchard, orthopédiste récemment à la retraite, a accepté d'animer et qui devrait être complété au cours de la prochaine année;
- dans la foulée des travaux en orthopédie, la Table des chefs a demandé que la question de l'orthopédie pédiatrique soit examinée et que, plus largement, la place des activités pédiatriques au CHA soit revue avec l'éclairage d'une impérative collaboration avec le CHUQ, dans le cadre de la finalisation du regroupement du PREM en pédiatrie dans la région. Les dossiers auxquels il nous a semblé qu'une attention particulière devait être prêtée sont ceux de la traumatologie pédiatrique, de la neurochirurgie pédiatrique et des soins pédiatriques aux victimes de brûlures graves. Parallèlement, la Table des chefs a également demandé qu'une réflexion soit menée pour bien asseoir les activités d'ophtalmologie pédiatrique;
- la situation de l'électrophysiologie, qui est apparue préoccupante pour la Table des chefs, notamment eu égard à l'augmentation importante des listes d'attente dans ce secteur. Malgré l'annonce de l'ouverture d'une troisième salle d'électrophysiologie, un important défi demeure pour les prochaines années. Cette situation difficile n'est pas unique puisque, selon ce qu'a appris la Table, d'autres techniques d'intervention de pointe connaissent des difficultés de financement qui sont incompatibles avec le développement de la médecine moderne;
- la démarche régionale actuellement en cours pour l'amélioration de la prise en charge de la clientèle victime d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST);
- la situation de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec et de son Département régional de psychiatrie;
- les difficultés liées à l'arrêt du réacteur nucléaire de Chalk River (Ontario);
- les grandes lignes d'un projet d'entente en pneumologie entre l'IUCPQ et le CHUQ concernant la desserte de la clientèle de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA);
- la présentation et l'adoption du document du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval intitulé *Organisation régionale des services de pédiatrie 2010-2015*. La planification quinquennale en pédiatrie 2010-2015 a été élaborée pour soutenir l'organisation régionale des services de pédiatrie dans la région de la Capitale-Nationale;
- le bilan positif de l'entente en chirurgie générale entre l'IUCPQ et le CHUQ-HSFA, accueilli par la Table des chefs. Ce type d'approche, tout comme d'autres, se doit d'être examiné pour soutenir adéquatement une organisation de service qui soit respectueuse des besoins de la clientèle et des impératifs de l'effectif médical;
- la démarche de planification stratégique 2010-2015 de l'Agence à laquelle la Table des chefs s'est associée, d'abord en publiant un bilan de base sur la médecine spécialisée, puis en précisant un certain nombre de perspectives horizontales portant sur les grands défis auxquels seront confrontés les spécialités médicales;
- l'émission par la Table d'un avis sur le bilan du plan d'action ministériel en santé mentale – *La force des liens* – qui portait plus précisément sur les efforts réalisés pour l'accès, d'une part, à des services médicaux de base pour la clientèle dont la santé mentale est menacée et pour celle vivant avec un problème de santé mentale et, d'autre part, à des services médicaux spécialisés en psychiatrie à des fins d'évaluation et, si nécessaire, de traitement, dans un esprit de hiérarchisation des services;

- la rédaction d'un avis au président-directeur général de l'Agence sur le projet de planification quinquennale du prochain PREM. Bien que favorables à l'idée d'une planification sur cinq ans, les membres de la Table des chefs ont émis des commentaires sur les délais impartis pour une telle démarche, sur les limites que nous entrevoyons à la méthodologie suivie, ainsi qu'aux bases de données utilisées pour effectuer les analyses;
- le principal sujet abordé par la TRCDMS-CN au cours de son assemblée générale annuelle, tenue le 7 avril 2009, a été la démarche ministérielle du PREM quinquennal 2011-2016;
- l'envoi à tous les chefs de département de la région, pour une troisième année consécutive, de la publication *La Table des chefs*. Ce numéro fait état de l'assemblée générale annuelle, du rapport du président de la Table, le D[r] Jacques Villeneuve, des activités réalisées par le comité directeur de même que des coordonnées nécessaires pour joindre les responsables pour suivi ou interrogation.

1.11 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale[4]

Conformément à son mandat, le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale a fourni des avis aux instances décisionnelles et exécutives de l'Agence en ce qui concerne l'allocation de ressources durant l'année 2009-2010. Il a soutenu et appuyé, entre autres, l'élaboration d'un projet dans le cadre du programme Adaptation des services de santé et des services sociaux du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS).

1.12 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale[5]

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de la Capitale-Nationale a été institué en 2006-2007. Ce comité réunit des pharmaciens du milieu communautaire (secteur privé) et des établissements de santé (secteur public).

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et de mettre en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité assume, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;

4. La liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 4.

5. La liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 5.

- donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Les grands principes soutenant l'élaboration des critères en vue d'établir les priorités retenues par le Comité dès le début de son mandat sont :

- les collaborations interdisciplinaires;
- les collaborations entre les secteurs privé et public;
- la continuité des soins et des services;
- la main-d'œuvre et l'utilisation optimale des compétences.

Sous la thématique de la continuité des soins, il est apparu prioritaire au Comité :

- de dépister les écueils à la mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM), particulièrement lorsque les patients se présentent à l'urgence. La mise en place d'activités permettant de dresser le BCM est un préalable pour l'obtention de l'agrément par les établissements. Le BCM implique le partage d'information entre les pharmaciens du milieu communautaire et le milieu hospitalier tant à l'admission d'un patient que lors de sa sortie. Il contribue à diminuer le risque d'erreurs dans la pharmacothérapie;
- de déterminer les meilleurs moyens d'assurer le maintien de la chaîne de froid lors du transport des vaccins ou de médicaments injectables, particulièrement lorsque le médicament remis au patient est administré dans un délai pouvant aller jusqu'à quelques jours. Un sous-comité interdisciplinaire a été mis en place en 2009-2010 pour élaborer des recommandations à cette fin;
- de préciser les meilleurs moyens d'assurer la sécurité des patients recevant des anticoagulants et la qualité de leur thérapie. Il importe de garantir l'utilisation optimale des ressources en favorisant le transfert sécuritaire des clientèles desservies en cliniques ambulatoires des établissements vers les pharmacies du milieu communautaire au moyen d'ordonnances collectives ou grâce à d'autres mécanismes permettant la prise en charge sécuritaire de ces clientèles; suggérer au besoin, un modèle d'organisation ou de hiérarchisation des services pharmaceutiques.

Sous la thématique de la collaboration interdisciplinaire, mais qui n'exclut pas le volet de la continuité des soins, il a été retenu :

- de trouver des moyens de contribuer à optimiser l'utilisation des ressources de santé. L'élaboration d'ordonnances collectives constitue non seulement un moyen d'alléger le recours au médecin lorsqu'il n'est pas nécessaire, mais permet aussi dans plusieurs situations de réduire ou même d'éliminer les barrières économiques à l'accès aux médicaments couverts par les assureurs, tout en contribuant à améliorer l'état de santé. Une ordonnance collective pour les thérapies de remplacement à la nicotine a été adoptée et mise en place en décembre 2008. Une ordonnance collective sur le traitement de la pédiculose a été adoptée et mise en place au printemps 2009 et une ordonnance collective sur la thérapie de remplacement hormonal a été adoptée et diffusée à l'hiver 2010. Les deux premières ordonnances collectives sont le fruit d'une collaboration de la Direction régionale de santé publique, du CRSP et de la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières. L'ordonnance collective relative à la thérapie de remplacement hormonal a vu le jour à la suite d'une approche novatrice interpellant l'ensemble des médecins membres du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale, les membres du CRSP et la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières;

- de collaborer aux travaux ministériels et régionaux au regard du plan d'action pour les maladies chroniques et aussi de celui des grands utilisateurs de services. Ce dernier comité a travaillé à circonscrire les grands utilisateurs de services d'urgence dans les établissements de la région, pour en venir à proposer et adapter un modèle de gestion de ces cas. Le CRSP compte apporter une contribution à un éventuel projet pilote sur la Révision de la médication à domicile (RMD) prévu dans la Politique du médicament et dont la responsabilité de mise en place a été confiée au Conseil du médicament. La RMD est essentiellement une activité interpellant l'action multidisciplinaire concertée où le pharmacien et le médecin travaillent en étroite collaboration, et à laquelle peut être amenée à collaborer l'infirmière spécialisée en soins de première ligne;

Le Comité a aussi été appelé à donner son avis sur l'organisation des services pharmaceutiques dans le contexte de la pandémie de la grippe A(H1N1). Les recommandations qu'il a formulées, notamment quant à la distribution des antiviraux et à l'organisation des services pharmaceutiques, ont été prises en compte par les autorités ministérielles à mi-parcours de la période de pandémie. Par ailleurs, le Comité a vu retenues la majorité des recommandations qu'il a formulées lors de la mise à jour du Plan d'action régional (PAR) en matière de santé publique. La version finale de ce PAR, adoptée à l'été 2009, fait mention de la contribution des pharmaciens à l'atteinte de ces objectifs.

En 2009-2010, le Comité a tenu quatre rencontres dont deux, en comité élargi. En l'absence d'un président nommé en début d'année, le vice-président du Comité a assumé les fonctions dévolues au président jusqu'au 3 février 2010. Un poste devenu vacant en cours de mandat a été pourvu en octobre 2009. Deux membres ont été nommés pour occuper les fonctions de président et de vice-président le 3 février 2010.

1.13 Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale[6]

En 2009-2010, le Département régional de médecine générale s'est réuni à douze reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours, formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence dans plusieurs dossiers, dont les plus importants sont la gestion des plans régionaux des effectifs médicaux et des activités médicales particulières, l'analyse de la situation des effectifs médicaux ainsi que la réorganisation des services médicaux de première ligne.

1.14 Effectifs

Compilation selon les catégories d'emploi

Catégorie d'emploi	Nombre d'employés
Cadres	27
Professionnels et professionnelles	99
Techniciens et techniciennes	50
Employés et employées de bureau et de soutien	43

Suite à la page suivante

6. La liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 6.

Catégorie d'emploi	Nombre d'employés
Infirmiers et infirmières	4
Sous-total	223
Médecins	1
Employés et employées temporaires et prêts de service	47 •
Total	**271**

• Répartis de la façon suivante : 1 cadre ayant un statut temps complet temporaire; 26 professionnels et professionnelles dont 8 employé(e)s ayant un statut temps complet temporaire – 18 employé(e)s ayant un statut temps partiel temporaire; 7 techniciens et techniciennes dont 0 employé(e) ayant un statut temps complet temporaire – 7 employé(e)s ayant un statut temps partiel temporaire; 3 employés et employées de bureau et de soutien dont 2 employé(e)s ayant un statut temps complet temporaire – 1 employé(e) ayant un statut temps partiel temporaire; 1 infirmière dont 0 employé(e) ayant un statut temps complet temporaire – 1 employé(e) ayant un statut temps partiel temporaire; 9 prêts de service externes pour des mandats régionaux spécifiques à durée déterminée de moins de 2 ans.

1.15 Politique relative au harcèlement psychologique au travail

Aucune plainte pour harcèlement psychologique au travail n'a été déposée en 2009-2010. Cette politique est en vigueur depuis le 11 novembre 2004.

1.16 Programme d'aide aux employés

Au cours de l'année 2009-2010, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en ressources psychologiques des personnes et des organisations.

Trente-trois employés se sont prévalus du Programme d'aide aux employés de l'Agence. Ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 11,1%, comparativement à 8,9% en 2008-2009 (24 employés). La moyenne des consultations pour l'année 2009-2010 est de 3,2 rencontres par employé.

Tout comme en 2008-2009, les motifs des demandes se rapportent plutôt à des aspects de la vie personnelle qu'à des aspects liés au travail.

Période	Aspects de la vie personnelle	Aspects liés au travail
2008-2009	67 %	33 %
2009-2010	78 %	23 %

2. Entente de gestion et d'imputabilité

2.1 *Entente de gestion et d'imputabilité*

Les paramètres de l'entente de gestion et d'imputabilité sont inscrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux[7]. Le Plan stratégique ministériel 2005-2010 établit les objectifs de résultats que l'Agence doit atteindre dans chacun des programmes-services et des programmes-soutien. Il définit des indicateurs dont le suivi rend compte de la façon dont évoluent la prestation de services de santé et de services sociaux et la desserte de clientèles. L'Agence doit garantir, de la part des établissements de son territoire, une production de services qui répond aux impératifs du Plan. Ainsi, l'entente de gestion doit permettre d'apprécier l'évolution globale de la production du réseau de services et constituer un levier pour donner une direction d'ensemble dans la mise en œuvre de la planification stratégique et des grandes orientations du Ministère. L'année 2009-2010 représente la dernière année de la période couverte par le plan stratégique ministériel.

En plus des indicateurs ministériels, les ententes de gestion se sont caractérisées, en 2009-2010, par des attentes régionales formulées par l'Agence, soumises à l'engagement des établissements et à l'obligation de reddition de comptes. Ces attentes ont été formulées à partir des priorités régionales et des orientations contenues dans les plans d'action régionaux et les projets cliniques. L'élaboration, en 2009-2010, d'une planification stratégique qui, tout en s'appuyant sur la planification ministérielle 2010-2015, reflète un consensus régional sur les engagements, les objectifs et les actions à mener dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, deviendra la référence des futures ententes de gestion.

Les résultats présentés ont été compilés par le MSSS grâce à son Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les données entre parenthèses reflètent les corrections apportées par l'Agence à la suite d'une compilation plus conforme aux données régionales, par exemple, en tenant compte de la présence d'un établissement, l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's, à qui l'on a confié des activités dévolues aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour la clientèle anglophone de la région et que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) exclut de son traitement; en utilisant des données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC; en compensant des erreurs ou des absences de transmission dans GESTRED.

7. En résumé, selon la loi, le ministre détermine les objectifs de l'Agence; il surveille et contrôle l'atteinte de ces objectifs. L'Agence s'engage à produire un rapport annuel de gestion sur l'atteinte des résultats et le PDG de l'Agence veille à l'atteinte des objectifs annuels ainsi que le conseil d'administration de l'Agence, qui a un pouvoir de surveillance et de contrôle; les mêmes responsabilités et devoirs de l'Agence vis-à-vis les établissements et des établissements vis-à-vis l'Agence s'appliquent. Ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.

2.2 Personnel du réseau et du Ministère

Présence au travail

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer la gestion de la présence au travail et la disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.***

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,70 (5,68)	5,50	5,4 (5,37)
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	64,7 (50,0)	100	58,8 (47,06)
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	88,2 (60,0)	100	88,2 (77,78)
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	Nouveau	60	61,6 (60,1)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Pour l'indicateur 3.1, la valeur inscrite entre parenthèses est calculée par l'Agence à partir d'une estimation des résultats cumulatifs obtenus en période 12, qui tient compte des variations périodiques du ratio d'assurance salaire. Pour l'exercice financier 2009-2010, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

Pour les indicateurs 3.2, 3.3 et 3.4, les valeurs inscrites entre parenthèses sont calculées par l'Agence à partir des résultats cumulatifs obtenus en période 12 et tirés de GESTRED. Les résultats à la période 13 calculés dans le tableau de bord ministériel n'étaient pas disponibles au moment de commencer l'exercice de reddition. Pour l'exercice financier 2009-2010, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Cet indicateur rend compte de l'absentéisme de la main-d'œuvre dans les établissements du réseau. En date de la période 12 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats signalent une atteinte de la cible visée au 31 mars 2010. La performance régionale a atteint 5,37 %, soit 0,31 % de moins que le point de départ (5,68) et 0,12 % de moins que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée) de 5,50 %. Quatre établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, mais ces écarts sont, à l'exception de un, plutôt faibles.

À l'instar de la réalité provinciale, les établissements de la région constatent une hausse au cours des dernières années dans le diagnostic de santé psychologique chez les employés, celui-ci représentant le motif d'absence le plus important, particulièrement pour la tranche d'âge des 30 à 39 ans. Ce type de diagnostic est associé à une plus longue durée d'absence et à un plus faible recours aux activités de réinsertion.

À cela s'ajoute le fait que les dossiers de santé psychologique (anxiété, dépression, trouble d'adaptation, etc.) sont souvent multi-problématiques. Parmi ces causes multiples, notons : la diminution de la disponibilité de main-d'œuvre entraînant de l'instabilité dans les équipes de travail, l'évolution moyenne de 63 823 heures en temps supplémentaire en soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB); le rythme soutenu des changements dans les unités de soins (ex. : initiatives de réorganisation du travail) ayant des impacts importants sur l'environnement et le climat de travail durant la phase d'implantation.

Pour ce qui est de la gestion interne des services de santé et sécurité au travail (SST), on remarque que les équipes sont à géométrie variable et que nous sommes à l'aube d'une pénurie de professionnels expérimentés en gestion médico-administrative. À ceci s'ajoute une formation inégale des gestionnaires clinico-administratifs de premier niveau en ce qui a trait à la gestion préventive de la présence au travail. De plus, des établissements ont changé certaines de leurs pratiques de gestion clinico-administrative influençant par le fait même leur taux d'assurance salaire (ex. : paiement en assurance salaire de la première semaine de retrait préventif).

Les établissements ont une emprise limitée quant au suivi médico-administratif des diagnostics de médecine, de chirurgie et d'oncologie. La situation est légèrement différente pour les diagnostics de santé psychologique et musculosquelettique. Dans cette optique, la région a adopté une vision systémique et intégrée de la présence au travail afin d'opter pour une gestion globale et intégrée du risque; de sortir des silos « RH » en favorisant l'appropriation de la présence au travail par tous (directions, gestionnaires, employés, représentants syndicaux); de former, d'outiller et d'accompagner les gestionnaires de premier niveau; de choisir une gestion qui favorise l'attraction, la fidélisation et la mobilisation des ressources.

Les quatre initiatives suivantes ont permis de concrétiser cette vision en actions concrètes :

1^{0} Groupe stratégique de présence au travail : composé de chefs de service en SST de la région, il travaille activement à réaliser pour 2010-2012 les actions suivantes :

- définir et offrir un contenu régional de formation en gestion de la présence au travail pour les gestionnaires;
- établir les meilleures pratiques ainsi que les standards en matière de ressources humaines et financières afin d'assurer une gestion optimale de la gestion de la présence au travail;
- créer et mettre à jour un tableau de bord lié aux enjeux régionaux et la qualité de vie au travail.

2^{0} Promotion de la santé : afin de déplacer l'attention mise en aval sur l'indicateur de l'assurance salaire vers les causes en amont, la région a mis l'accent sur les différentes initiatives de promotion de la santé touchant :

- les habitudes de vie : alimentation, activité physique, tabagisme, etc.;
- l'équilibre travail et vie personnelle : garderie, temps réduit, semaine de 4 jours, congé personnel;
- l'environnement de travail : sécurité, prévention des infections, ergonomie, salle de repos et de relaxation, etc.;
- les pratiques de gestion : reconnaissance, soutien du supérieur immédiat, charge de travail.

Les objectifs communs de ces initiatives de promotion de la santé sont :

- intégrer les notions, les valeurs, les normes de promotion de la santé dans la structure et la culture organisationnelle des hôpitaux;
- améliorer la santé des usagers et du personnel;
- favoriser des milieux de travail sains;
- coopérer activement avec la communauté.

3^0 Planification stratégique : dans sa Planification stratégique régionale 2010-2015, l'Agence a inscrit dans ses engagements et objectifs stratégiques de :

- agir en amont des problèmes de santé et de bien-être;
- prendre soin des ressources humaines et innover dans les pratiques de gestion;
- introduire des pratiques qui s'inscrivent dans une approche reconnue d'amélioration de l'environnement de travail et de la disponibilité de la main-d'œuvre.

4^0 Interventions locales : plusieurs établissements ont mis sur pied des projets locaux de réorganisation du travail ou de stabilisation de la main-d'œuvre (titularisation) afin d'influencer à la baisse le taux d'assurance salaire.

Les représentations pertinentes ont déjà été faites auprès du comité régional en ressources humaines ainsi qu'au Forum des directeurs généraux. Ces dernières visaient essentiellement à entériner la vision ainsi que les initiatives de la région en ce qui a trait à l'amélioration de la présence ainsi que de la qualité de vie au travail.

Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier

Cet indicateur rend compte de l'existence d'une main-d'œuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus un établissement est en difficulté puisque les heures régulières effectuées par l'effectif ne suffisent pas à la demande. En date de la période 12 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats signalent une non-atteinte de la cible visée au 31 mars 2010. La performance régionale, traduite par le nombre d'établissements qui respectent leur cible, atteint 47 % des établissements. La valeur de l'engagement 2009-2010 était de 100 % des établissements. À noter, une amélioration de la situation par rapport au point de départ (47,06 comparativement à 41,18). Huit établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, soit le CH*A*, le CSSS de Charlevoix, le CSSS de la Vieille-Capitale et l'IUCPQ, de même que quatre établissements privés conventionnés, à savoir le groupe Champlain, le Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin, le Centre hospitalier Saint-François inc. et Vigi Santé ltée.

Les heures effectuées en temps supplémentaire sont surtout concentrées dans les unités spécialisées où il est plus difficile d'avoir un bassin de main-d'œuvre formée suffisant toute l'année pour effectuer les différents remplacements. Diverses autres situations expliquent le recours aux heures en temps supplémentaire, tels la hausse de l'absentéisme pour congé de retrait préventif, les congés de maternité et les congés parentaux. Il y a aussi les restructurations ainsi que les révisions de la composition des équipes de travail qui amènent de l'instabilité pour la main-d'œuvre.

L'objectif poursuivi par les établissements est de stabiliser la main-d'œuvre. Pour les heures en temps supplémentaire, contrairement aux heures de main-d'œuvre indépendante (MOI), l'ajout dans l'indicateur des heures des infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires améliorera le résultat régional.

Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier

Cet indicateur rend compte du recours à une main-d'œuvre indépendante pour d'accomplir du travail infirmier. En date de la période 12 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats signalent une non-atteinte de la cible visée au 31 mars 2010. La performance régionale, traduite par le nombre d'établissements qui respectent leur cible, atteint 77,78 % des établissements (7 sur 9 établissements). La valeur de l'engagement 2009-2010 était de 100 % des établissements. À noter, une amélioration de la situation par rapport au point de départ (77,78 comparativement à 57,14). Mentionnons, à titre indicatif, que le CH*A* et le l'Hôpital Jeffery-Hale - Saint Brigid's sont les seuls établissements affichant un écart défavorable par rapport à leur cible parmi les résultats recensés.

Les heures en main-d'œuvre indépendante (MOI), pour le secteur des soins infirmiers, sont suivies de façon périodique par plusieurs établissements, et ce, en réponse à l'engagement régional de ne plus recourir au personnel des agences privées. La situation de la région de la Capitale-Nationale, comparée à celle des autres régions, est bonne. Toutefois, avec l'introduction des heures des infirmières auxiliaires et surtout celles des préposés aux bénéficiaires dans le périmètre de l'indicateur, la situation sera différente. L'Agence et ses partenaires sont à définir les différentes actions nécessaires afin de réduire significativement ces heures. Déjà, la titularisation, le rehaussement de postes, l'aménagement d'horaires, la composition des équipes et l'organisation du travail, sont des mesures mises en place afin de réduire le recours à la MOI. Par contre, il faut veiller à ce que ces actions ne génèrent pas des heures en temps supplémentaire ou ne réduisent pas les services offerts. Un nouveau plan, ou une continuité des plans actuels, sera déposé en septembre 2010 afin de donner une vue régionale de la situation. Les établissements collaborent de plus en plus et envisagent ensemble de nouvelles possibilités.

L'Agence est à documenter les impacts de la cessation du recours aux agences privées afin d'éviter le transfert en heures supplémentaires ou en diminution de services.

Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières

En date de la période 12 (les données de la période 13 n'étant pas disponibles), les résultats signalent une atteinte de la cible visée au 31 mars 2010. La performance régionale affiche 60,1 % de postes à temps complet régulier pour les infirmières. La valeur de l'engagement 2009-2010 était de 60 %. Quatre établissements sur huit n'atteignent pas le ratio visé.

Les établissements rapportent que même s'ils voulaient offrir des postes à temps complet, ils seraient incapables de les combler, la demande des employés allant plutôt vers les postes 7/7, soit sept jours de travail et sept jours de congé. Selon les établissements, ce type de postes facilite l'organisation du travail puisqu'ils sont plus aisés à combler que les postes à temps complet et les postes à 2 jours/semaine. Ce commentaire est revenu plusieurs fois de la part des établissements, particulièrement pour le secteur de la longue durée.

Trois des quatre établissements n'atteignant pas l'objectif de 60 % ont pour mission principale l'hébergement de longue durée. Le quatrième indique que malgré ses offres de postes à temps complet à des secteurs complets, les infirmières ne sont pas preneuses et demandent plutôt des postes comportant moins d'heures.

Ainsi, il s'avère difficile pour les établissements d'augmenter les postes à temps complet des infirmières dans un contexte de rareté de la main-d'œuvre où le marché de l'emploi favorise les employés et où les établissements sont tentés d'offrir des postes à la carte. Dans une telle conjoncture, l'Agence croit qu'il faut revoir cet indicateur tout en poursuivant l'analyse des postes.

2.3 Santé publique

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Diminuer les taux d'infections nosocomiales.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	40 (93)	100	50 (93)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses, calculée par l'Agence, correspond au pourcentage du total régional des ETC titularisés (39) sur les ETC requis en fonction des ratios par mission (41,8 ETC). Au regard de l'indicateur 1.1.11, ce calcul traduit mieux l'effort régional consenti pour assurer la présence d'un effectif respectant les normes provinciales. Le résultat à l'indicateur ministériel de 50 % s'explique par des écarts de 0,1 et 0,2 ETC pour 4 établissements et, pour deux autres, par des intervalles plus marqués de 1,6 ETC (CSSS de Québec-Nord) et de 0,80 ETC (CH*A*). Il est à noter que le résultat de 50 % a été également calculé par l'Agence puisque le Tableau de bord ministériel sur les informations de gestion (TBIG) ne présente pas le calcul global, toutes missions confondues.

Le résultat régional, qui traduit le nombre d'établissements atteignant le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales, atteint 50 %, soit 5 établissements sur 10 dont les postes requis d'équivalent temps complet (ETC) ont été titularisés. Toutefois, nous avons privilégié la lecture du nombre total d'ETC en place pour l'ensemble des missions et des établissements, par rapport au nombre requis, afin de mieux traduire l'effort régional consenti. Ainsi, 93 % des ETC requis pour la région de la Capitale-Nationale étaient en poste au 31 mars 2010 (39 sur 41,80). Le résultat à l'indicateur ministériel de 50 % s'explique par des écarts de 0,1 et 0,2 ETC pour 4 établissements et, pour deux autres qui présentent un intervalle plus marqué, de 1,6 ETC (CSSS de Québec-Nord) et de 0,80 ETC (CH*A*).

La principale difficulté rencontrée par les établissements est liée au roulement important des professionnels en prévention des infections. Il y a donc régulièrement des postes non comblés au moment de la reddition de comptes, à cause de départs dus à différentes raisons. De plus, le calcul exact des ratios produit des fractions d'ETC (0,1 ou 0,2 ETC) qui sont difficiles à combler par les établissements.

Lors du départ d'un professionnel en prévention, les établissements mettent en action le processus nécessaire pour combler le poste ainsi dépourvu de titulaire. Il arrive parfois que le processus de remplacement soit plus long dans certains établissements ou durant certaines périodes de l'année avant de trouver un remplaçant. Si la majorité des établissements réussissent à pourvoir leurs postes, ils doivent recommencer l'exercice à chaque nouveau départ.

L'Agence entend poursuivre la surveillance de l'atteinte des ratios de professionnels en prévention des infections dans les établissements par les ententes de gestion et les redditions de comptes, car cela donne un levier nécessaire pour responsabiliser l'établissement quant à l'importance du maintien du ratio.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	**Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.**		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	Nouveau	68,9	77,5 (79,4)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement.

Les SIPPE sont offerts par les CSSS (volet CLSC) et s'adressent aux femmes enceintes, aux bébés à naître, aux mères, aux pères et aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Ils visent à favoriser le développement des enfants et comprennent deux volets : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles.

Le résultat indique que 79,4 % des femmes enceintes et des nouvelles mères visées ayant accouché dans l'année ont bénéficié des SIPPE durant l'année 2009-2010, un dépassement de 13 % du point de départ (66 %) et de 10,5 % de l'objectif régional visé au 31 mars 2010 (68,9 %). Ce sont 250 mères accouchées qui ont été jointes, dépassant l'objectif établi de 217. Tous les établissements ont atteint leur cible.

La mise en place d'un comité régional de suivi des indicateurs SIPPE (2009), animé par la Direction régionale de santé publique (DRSP), ainsi que le transfert des cliniques prénatales dans les CSSS en 2008, facilitant le démarchage des clientèles vulnérables, pourraient être des facteurs explicatifs à l'atteinte des cibles voire à leur dépassement.

Approche École en santé

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Implanter l'approche* École en santé *dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*	Nouveau	27,4	2,6 (24,8)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses, calculée par l'Agence, correspond à une compilation manuelle du nombre d'écoles s'étant engagées dans l'approche *École en santé*. En effet, la saisie dans la banque I-CLSC ne s'est pas réalisée en 2009-2010 dans trois des quatre CSSS de la région, car le pilotage de la codification des activités *École en santé* dans la banque a connu des difficultés.

De plus, GESTRED ne contient pas les données provenant de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, car la RAMQ les exclut de son traitement. Pour l'exercice 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

L'approche *École en santé* est une démarche qui vise à réunir, dans le projet éducatif et dans le plan de réussite de l'école ainsi que dans les plans d'action des partenaires, une offre globale et concertée d'interventions en promotion de la santé et en prévention pour les jeunes en milieu scolaire. En 2009-2010, 51 écoles se sont engagées dans l'approche *École en santé*, pour un taux de 25 % (24,88 %). Tous les territoires ont atteint ou dépassé l'objectif prévu à l'exception de Québec-Nord.

Les commissions scolaires ne reçoivent pas de financement dédié implicitement à l'approche *École en santé*. Il est difficile pour celles-ci de dégager le temps ressources nécessaire pour assurer une intensité significative d'accompagnement des écoles.

L'approche *École en santé*, telle que déployée antérieurement, était perçue par les écoles et les commissions scolaires comme étant lourde, théorique et très éloignée leur réalité. Cette année, de nouvelles orientations d'implantation et d'accompagnement ont été définies et approuvées par les responsables des commissions scolaires, des CSSS, de la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (DR-MELS) et de la Direction régionale de santé publique (DRSP). Ces nouvelles orientations nécessitent des modifications, des réajustements dans les façons de faire et exigent un soutien particulier dans l'élargissement des habiletés et des compétences. En ce sens, la majorité des intervenants des CSSS, sauf ceux du CSSS de Québec-Nord, ont participé aux rencontres de formation offertes par la DR-MELS et la DRSP. Ce qui a eu pour effet d'ajuster le mode de déploiement de l'approche et la nature de l'accompagnement des écoles situées sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale, de Portneuf et de Charlevoix.

Le CSSS de Québec-Nord s'est donné comme objectif d'établir des ententes formelles avec les deux commissions scolaires de son territoire (des Premières Seigneuries et de la Capitale) pour le déploiement de l'approche. De plus, le CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord amorceront, en collaboration avec la DRSP et la DR-MELS, une réflexion sur la fonction de l'intervenant accompagnateur de l'approche *École en santé* (description du mandat, profil de compétences recherché, etc.).

Immunisation

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	54	75,6	54,3
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	33	75	38,7
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	53	75	54,7

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) prévoit un calendrier régulier de vaccination pour les enfants et une norme quant au délai acceptable entre l'âge prévu et la réception des vaccins. Les retards dans l'administration des vaccins constituent un manque de protection pour une portion importante d'une population vulnérable à des maladies évitables. Les résultats tiennent compte de la vaccination en CSSS (mission CLSC) seulement, qui représente 50 % de toute la vaccination au Québec.

Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais

En 2009-2010, 54,35 % des enfants âgés de 68 jours ou moins ont reçu leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib (Pentacel ou Pediacel) dans un délai d'une semaine du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec. Le Ministère fixe l'objectif à 75 %.

Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais

En 2009-2010, 39,06 % des enfants âgés d'un an et moins (372 jours ou moins) ont reçu leur premier vaccin conjugué contre le méningocoque dans un délai d'une semaine du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec. Il s'agit d'une amélioration par rapport au résultat 2008-2009 où ce taux atteignait 33 % (n'apparaît pas dans le tableau). Le Ministère fixe la cible à 75 %.

Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais

En 2009-2010, plus de la moitié des enfants âgés de 68 jours ou moins soit 55,22 %, ont reçu leur premier vaccin contre le pneumocoque (PREVNAR) dans un délai d'une semaine du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec. En 2008-2009, ce taux était de 53 % (n'apparaît pas dans le tableau). Le Ministère fixe l'objectif à 75 %.

À l'échelle de la région, les indicateurs sont demeurés relativement stables et légèrement sous la moyenne provinciale au cours des dernières années. Des gains importants doivent être réalisés pour 3 des 4 CSSS, et ce, même s'il y avait un changement dans l'indicateur. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards vaccinaux. Bien sûr, comme certains établissements le mentionnent à juste titre, une portion de ces retards s'explique par le comportement des parents et échappe au contrôle des CSSS. Par contre, certaines interventions pourraient sensibiliser les parents et les soutenir dans la prise de rendez-vous. À titre d'exemple :

- rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique réalisé en post-partum par le CSSS et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois pour les parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS;
- prise du rendez-vous suivant lors de la visite en personne et subséquemment pour les autres visites;
- ajout de plages horaires pour répondre à la demande dès que le délai pour la prise de rendez-vous dépasse un certain seuil fixé;
- rappel des patients la veille du rendez-vous et relance des patients qui ne se sont pas présentés;
- réorganisation de la pratique infirmière en périnatalité, etc.

L'Agence souhaite que chacun des CSSS présente, à la Table régionale de santé publique ou selon les modalités qui seront retenues régionalement, les moyens précis, adaptés à leur réalité, qu'il mettra en place au cours de l'année 2010-2011 afin d'améliorer l'offre de services en vaccination et de maximiser le respect du calendrier vaccinal.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100	100
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	Nouveau	100	75

Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel

Dans la région de la Capitale-Nationale, 100 % des établissements de soins aigus ont un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel qui s'est réuni à 4 reprises ou plus au cours de l'année. Il s'agit du CHUQ, du CHA, de l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec et du CSSS de Charlevoix.

Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel

En 2009-2010, ce sont 75 % des établissements de soins aigus qui ont fait entériner par leur conseil d'administration un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (3 établissements sur 4). Seul le CSSS de Charlevoix n'a pas vu son programme adopté par son conseil d'administration.

Le programme structuré du CSSS de Charlevoix fera l'objet d'une adoption par le conseil d'administration vers le mois d'août 2010.

2.4 Services généraux – Activités cliniques et d'aide

Services infirmiers et psychosociaux généraux

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	5 661 (5 793)	5 303	5 072 (5 131)
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2,41 (2,40)	2,29	2,37 (2,36)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

Les services psychosociaux généraux consistent en des suivis brefs visant à répondre aux problèmes psychologiques et sociaux des individus qui vivent une situation particulière momentanée ou présentant des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS, mission CLSC).

Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a permis de desservir 5 131 usagers, soit 414 usagers de plus que le point de départ (4 717 usagers), mais 172 usagers de moins que la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 5 303 usagers). Ni les CSSS de Portneuf et de la Vieille-Capitale, ni l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's n'atteignent leur objectif.

Les écarts entre les cibles prévues et celles à atteindre sont principalement dus à la codification. Le CSSS de la Vieille-Capitale mentionne que le secteur du CLSC de Basse-Ville–Limoilou–Vanier (BVLV) explique à lui seul la non-atteinte de la cible. Une baisse de productivité a été notée à partir de la période 4, laquelle s'est maintenue toute l'année. Il s'est avéré que les intervenants de ce secteur inscrivaient une intervention lorsqu'ils étaient en processus de prise de décision d'une demande de service, ce qui n'avait pas lieu d'être. En corrigeant cette façon de faire, le nombre d'interventions a diminué au profit du nombre de demandes de services, de l'ordre de 698 de plus en 2009-2010. N'eût été de cette erreur de codification, il y aurait tout lieu de croire que la cible aurait été respectée. Les autres secteurs ont été rencontrés par le CSSS au printemps 2010 et il semble que cette pratique n'avait pas cours dans ces milieux. En conséquence, l'établissement rapporte que sa cible actuelle était surévaluée compte tenu de la façon dont la codification était faite.

Pour ce qui est de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, l'établissement poursuivra l'application du cadre normatif, ce qui pourrait entraîner des modifications de leur cible à atteindre.

L'Agence entend suivre l'évolution du volume de clientèle considérant les ajustements au plan de la codification.

Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale montre une production moyenne de 2,36 interventions par usager, soit une augmentation de 0,07 par rapport à la cible visée au 31 mars 2010 (2,29) et une augmentation de 0,42 par rapport au point de départ (1,94). Seul le CSSS de la Vieille-Capitale atteint la cible.

Les CSSS de la Vieille-Capitale et de Portneuf ont laissé entendre que la contribution des services psychosociaux dans le cadre de la pandémie pouvait consituer une explication à la non-atteinte de leur objectif.

2.5 *Perte d'autonomie liée au vieillissement*

Services infirmiers et psychosociaux généraux

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	16 328 (16 479)	16 568	16 001 (16 155)
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	25,58 (25,52)	25,02	27,36 (27,26)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide ainsi que des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) prodigués, dans leur milieu naturel, aux personnes avec une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Ils sont dispensés par les CSSS (mission CLSC).

Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale a permis de desservir 16 155 usagers, soit 482 usagers de moins que le point de départ (16 637) et 413 usagers de moins que la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 16 568 usagers). Seul le CSSS de Charlevoix atteint l'objectif.

Différents facteurs expliquent cette situation. Les services d'aide à domicile (SAD) en ergothérapie et en physiothérapie ont de longues listes d'attente en raison du manque de ressources et de la difficulté à remplacer le personnel de ces secteurs. Le CSSS de Québec-Nord a vu sa demande d'aide à domicile augmenter et il n'a pu répondre à l'ensemble des demandes. Pour sa part, le CSSS de la Vieille-Capitale constate une diminution de la demande pour certains territoires et une augmentation dans d'autres. Des ajustements dans ce CSSS seront apportés afin de mieux desservir l'ensemble de la clientèle. La non-atteinte de cette cible au niveau régional s'explique également par l'utilisation des effectifs en SAD pour l'immunisation de la population pendant la période de la pandémie. Cette réallocation de ressources a eu un effet certain sur le nombre de personnes jointes et sur le nombre d'interventions effectuées.

La non-atteinte de la cible pour le CSSS de Québec-Nord est préoccupante (-408 clients). C'est un écart considérable avec les autres CSSS de la région. L'Agence rencontrera les gestionnaires du SAD de l'établissement pour bien comprendre la situation et convenir avec eux des mesures à mettre en place pour rétablir le tout.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production moyenne de 27,26 interventions par usager desservi, soit 2,60 interventions additionnelles par rapport au point de départ (24,66) et 2,24 interventions additionnelles par rapport à l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 25,02 interventions en moyenne par usager). Ni les CSSS de Portneuf et de Québec-Nord, ni l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's n'atteignent leur cible.

Depuis quelques années, les CSSS ont fait le choix d'intensifier les services offerts à leurs clientèles pour les garder à domicile plus longtemps, retardant ainsi l'hébergement. L'atteinte de cette cible d'un point de vue régional le démontre bien. Ce choix peut influer sur la cible quant au nombre de personnes desservies.

Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,094 (3,117)	3,052	3,118 (3,140)
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,216 (0,215)	0,213	0,223 (0,222)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir d'une estimation en période 13 qui tient compte de la non-réponse de 4 CHSLD privés conventionnés (le taux de réponse est évalué à 93 % en nombre de jours recensés pour la région). Pour l'exercice financier 2009-2010, aucune entente de gestion n'est signée entre les établissements privés conventionnés et l'Agence.

Ces deux indicateurs renvoient au nombre d'heures travaillées par le personnel offrant les soins infirmiers et d'assistance ainsi que les services professionnels tels que l'ergothérapie, la psychologie, la physiothérapie, etc., par jour-présence, dans un établissement de soins de longue durée public ou privé conventionné. Ils permettent de vérifier si le nombre d'heures travaillées correspond aux besoins des personnes hébergées.

Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de la cible. En effet, le résultat régional attendu au 31 mars 2010 de 3,052 heures travaillées par jour-présence (cible visée) est dépassé

de 0,088 heure, pour une moyenne de 3,140 heures travaillées par jour-présence. Les CHSLD privés conventionnés pris globalement n'ont toutefois pas atteint leur cible.

Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD

À la fin de l'année financière, les résultats signalent une atteinte de la cible. La performance régionale affiche une production totale de 0,222 heure/jour-présence au 31 mars 2010, un dépassement de 0,009 heure par rapport à la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 de 0,213 heure (cible visée au 31 mars). Les CHSLD privés conventionnés pris globalement n'ont toutefois pas atteint la cible fixée.

2.6 Déficience physique

Soutien à domicile – Déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	3 106 (3116)	3 153	3 091 (3 098)
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	25,57 (25,59)	23,43	28,36 (28,34)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement.

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) prodigués, dans leur milieu naturel, aux personnes ayant une déficience physique. Ils comprennent également les services de soutien intensif de maintien à domicile.

Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 3 098 usagers desservis, soit 55 usagers de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (3 153 usagers), mais 11 usagers de plus que le point de départ (3 087). Un seul établissement atteint la cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale.

Les écarts observés s'expliquent par deux raisons principales. D'une part, une erreur dans la codification ayant fait attribuer à ce service certaines ressources qui étaient rattachées à d'autres services a eu pour effet de sous-estimer le volume des services rendus. Plus précisément, le CSSS de Québec-Nord fait mention de deux ressources psychosociales œuvrant à temps complet dans le secteur Haute-Saint-Charles qui n'ont pas été prises en compte, étant rattachées à un autre centre d'activité. Cette situation a également été observée dans le secteur Orléans. D'autre part, la pandémie a mobilisé un certain nombre de ressources du CSSS, occasionnant un ralentissement des activités dans ce secteur.

La principale mesure prise par les établissements est d'accorder plus d'importance à la méthode de codification des ressources dans ce service pour ainsi améliorer la qualité des données et mieux rendre compte des activités réalisées.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production moyenne de 28,34 interventions par usager desservi, soit 4,90 interventions de plus que le point de départ (23,44) et que la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 23,43). Un seul établissement enregistre un écart négatif par rapport à sa cible 2009-2010, soit le CSSS de Portneuf.

Les résultats régionaux sont très satisfaisants. Les cibles sont atteintes et dépassées pour la majorité des établissements. Les difficultés du CSSS de Portneuf sont associées au recrutement et au remplacement de personnel. L'établissement entend poursuivre ses efforts d'embauche et réviser l'organisation du travail à l'interne pour corriger la situation.

Soutien à domicile – Déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	457	474	437

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS, directement aux familles, pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage.

Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 437 usagers desservis, soit 37 usagers de moins que le résultat attendu au 31 mars 2010 (cible visée de 474) et 26 usagers de moins si on compare au point de départ (463). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible établie.

Le cadre de gestion du programme a été révisé en 2009-2010, assurant une évaluation plus objective des demandes de soutien. La révision des processus d'évaluation et d'allocation a permis une attribution plus uniforme et plus équitable des plans de services. Toutefois, l'une des conséquences de cette révision a été de réduire les besoins en allocation directe et de transférer certains clients vers le service intensif de soutien à domicile (SISAD), ce qui a diminué le résultat de l'indicateur quant aux nombre d'usagers joints.

Services spécialisés – Déficience physique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.4.8	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	8 799	8 700	8 558

Les services spécialisés de réadaptation qui sont offerts aux personnes ayant une déficience motrice, visuelle, auditive, ainsi que de la parole et du langage visent à développer et à maintenir l'autonomie fonctionnelle des personnes présentant une déficience et à compenser leur incapacité.

Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 8 558 usagers desservis, soit 195 usagers additionnels par rapport au point de départ (8 363) mais 142 usagers de moins que la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 8 700 usagers). Cette non-atteinte est surtout le fait du secteur de la déficience motrice qui accuse une baisse marquée du nombre d'usagers par rapport au point de départ. Une telle baisse, qui avait été prévue par l'établissement responsable, est causée par une diminution de 245 (n'apparaît pas dans le tableau) des usagers facturables (SAAQ et CSST).

Ce résultat s'explique par différents facteurs : la difficulté à remplacer des ressources spécialisées (ergothérapeutes, neuropsychologues, coordonnateurs cliniques et SRDV), la baisse de la clientèle facturable (SAAQ et CSST) grâce aux effets de la prévention qui semble avoir eu un impact à la baisse sur le nombre d'accidents et les lits bloqués par des clients en attente d'hébergement, limitant l'admission de nouveaux usagers.

Parmi les mesures prises par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), des efforts particuliers de recrutement seront déployés. Ainsi, une réorganisation du travail sera amorcée pour compenser les ressources manquantes (équipe dédiée à la clientèle externe, réorganisation dans les équipes de soins). De plus, des communications fréquentes avec l'Agence au sujet de l'engorgement des lits sont assurées.

2.7 Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement

Soutien à domicile – Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 267 (1 281)	1 220	1 410 (1 417)
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED)	8,50 (8,48)	8,61	9,4 (9,33)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement.

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) prodigués, dans leur milieu naturel, aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement.

Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 1 417 usagers desservis, soit 237 usagers additionnels par rapport au point de départ (1 180) et 197 usagers additionnels par rapport à la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 1 220 usagers). L'atteinte régionale de la cible est le fait d'un seul établissement, le CSSS de Québec-Nord, dont le résultat dépasse de façon marquée l'objectif prévu.

La deuxième année du plan d'accès a demandé des efforts importants aux établissements. Tous n'avaient pas les ressources humaines et financières permettant de répondre dans les délais prescrits. Cependant, l'embauche de personnel et la restructuration des équipes permettent de voir une amélioration dans la qualité et la rapidité des services pour ces clientèles. D'autres mesures ont été prises par les établissements, notamment la restructuration des équipes, la formation et le développement de l'offre de services ainsi que des ententes entre les partenaires permettant d'établir des continuums de services plus fluides.

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI-TED

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte du résultat attendu au 31 mars 2010. En effet, la performance régionale s'élève à une production moyenne de 9,33 interventions par usager desservi, soit 0,31 intervention de plus que le point de départ (9,02) et 0,72 intervention de plus que l'engagement déboursé 2009-2010 (résultat attendu de 8,61 interventions par usager). Seul le CSSS de Portneuf n'a pas atteint sa cible.

Le résultat régional est excellent. Pour le CSSS de Portneuf, un problème de recrutement de personnel et d'organisation du travail est la cause de la non-atteinte de son objectif. Cependant, ses résultats s'améliorent graduellement, ce qui laisse présager une atteinte des cibles à moyen terme. Les mesures prises par l'établissement pour corriger la situation consistent à poursuivre le processus de recrutement et de dotation.

Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et TED

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	907	921	896

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par un CSSS, directement aux familles, pour l'achat de services de soutien, soit du répit, du gardiennage ou du dépannage.

Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 896 usagers desservis, soit 25 usagers de moins que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 921 usagers) et 5 usagers de plus que le point de départ (891). Les CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale présentent un écart défavorable par rapport à leur cible établie. Une révision du cadre de gestion de ce programme a permis de préciser et de mieux définir les critères d'attribution des plans de services. Une gestion annuelle plus étroite de tous les plans de services s'est traduite, dans certains cas, par le transfert de ces clientèles vers le service intensif de soutien à domicile (SISAD) ou par l'arrêt du versement de l'allocation directe dans les cas où l'allocation n'était pratiquement pas utilisée. Conséquemment, le résultat de l'indicateur quant au nombre d'usagers joints a diminué par rapport à l'an dernier.

2.8 Jeunes en difficulté

Services de première ligne – Jeunes et leur famille en difficulté

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	10 574 (10 773)	10 835	10 570 (10 762)
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,00 (7,05)	7,08	7,37 (7,38)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

Ces services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté, et de leurs parents, par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles.

Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible, avec 10 762 usagers rejoints, soit 56 usagers de moins que le point de départ (10 818) et 73 de moins que la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 10 835 usagers). Deux établissements contribuent au résultat régional en ayant diminué le nombre d'usagers joints par rapport à leur point de départ, le CSSS de Québec-Nord et le CSSS de Portneuf.

Pour le CSSS de Québec-Nord, des changements de pratique sont à l'origine de la baisse du nombre d'usagers joints. En effet, un standard clinique a été établi dans le cadre du comité directeur regroupant l'Agence et les établissements à l'effet que, dorénavant, chaque intervenant psychosocial doit produire une évaluation psychosociale pour tous les nouveaux clients. Par conséquent, les charges de cas des intervenants ont été réduites. En contrepartie, l'intensité des interventions a augmenté, notamment au CLCS La Source.

Cette nouvelle pratique entraîne des conséquences à court terme mais la situation devrait se stabiliser en cours d'année. Par ailleurs, nous devrions observer des effets positifs sur la qualité des interventions et la fluidité de la trajectoire. De plus, le CSSS effectuera un suivi plus rigoureux dans l'attribution des charges de cas.

Au CSSS de Portneuf, l'établissement a éprouvé des difficultés de remplacement de personnel, notamment liées à la pandémie, ce qui explique la baisse du nombre d'usagers joints. La situation clinique s'étant stabilisée, le CSSS de Portneuf devrait être en mesure d'atteindre la cible en 2010-2011.

Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 7,38 interventions en moyenne par usager, soit 0,68 intervention de plus par rapport au point de départ (6,70) et 0,30 usager de plus par rapport à la valeur de l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 7,08 interventions en moyenne par usager). Seuls deux établissements n'atteignent pas leur objectif, le CSSS de Charlevoix et l'Hôpital Jeffery-Hale - Saint Brigid's.

Pour ces deux établissements, on note une augmentation significative du nombre d'usagers joints par les services. De plus, le déploiement de certains services tels que l'évaluation, le guichet d'accès en santé mentale pourraient avoir eu un impact sur le nombre d'interventions réalisées auprès des usagers, notamment en assurant une orientation rapide vers les services appropriés.

Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ* et de la LSJPA* dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	9,00	8,70	6,36
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	6,94	7,16	5,63
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	10,81	11,50	8,45

**Loi de la protection de la jeunesse* et *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*

Le Centre jeunesse de Québec, comme entité responsable des ces services, est chargé de fournir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille.

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse

Pour l'exercice financier 2009-2010, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse est de 6,36 jours. Il s'agit d'une réduction de 1,76 jour par rapport au point de départ (8,12) et de 2,34 jours par rapport à la cible visée (8,70). Il est à noter que la région obtient un bon résultat au regard de la norme clinique nationale qui est de 12 jours.

Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse

Le délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse a été, en 2009-2010, de 5,63 jours en moyenne. Non seulement le résultat observé dans la région atteint l'objectif attendu d'un maximum de 7,16 jours fixés en début d'année, mais il est inférieur de 1,93 jour au point de départ (7,56). La norme clinique provinciale est établie à un maximum de 30 jours d'attente pour l'application des mesures.

Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA

Le délai entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA ne devait pas dépasser 11,50 jours en moyenne en 2009-2010. L'objectif visé en début d'année a donc été dépassé puisqu'on observe, dans la région, un délai moyen de 8,45 jours, soit 3,73 jours de moins que le point de départ (12,18) et 3,05 jours de moins que délai maximum visé (11,50). Rappelons que la région se situe en deçà de la norme clinique provinciale pour le délai, qui est de 14 jours au maximum.

2.9 Dépendances

Jeu pathologique

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	545	730	510

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont assurés par le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). Des places de traitement interne sont offertes aux joueurs dans le cadre d'ententes de service avec des organismes de thérapie (Maison Au seuil de l'harmonie, Centre CASA).

Le résultat observé au CRUV pour 2009-2010 indique que l'objectif visé n'a pas été atteint, le nombre de personnes jointes par ces services étant de 510, soit 220 de moins que le point de départ et que l'objectif de joueurs traités fixé à 730.

Malgré les efforts consentis par l'établissement pour tenter de joindre la clientèle, on note une baisse significative du nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique. Ce constat est observable dans les autres régions du Québec. L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), ayant constaté cette baisse, a demandé au MSSS d'envisager la modification des cibles. Une réponse positive a été envoyée à l'ACRDQ le 17 décembre 2009. Ces résultats seront pris en compte par le MSSS lors de l'analyse de l'indicateur prévue au cours de l'année.

2.10 Santé mentale

Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :*** ■ En soutien d'intensité variable (250 personnes/100 000 habitants); ■ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	557,54 (854)	1 120	607 (1 047)
1.8.6	Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	123,31 (134)	147	101 (120)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 29 avril 2010 et du Portail régional de l'Infocentre (1.8.6, pour l'Institut universitaire en santé mentale du Québec-IUSMQ). Pour l'indicateur sur le nombre de places en soutien d'intensité variable (1.8.5), la majeure partie de l'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la banque de données régionale tient à la contribution des organismes communautaires de la région, évalué à 440 places en sus de l'activité en CSSS (dénombrement du 1er avril 2009 au 27 février 2010), que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'indicateur de suivi intensif (1.8.6), l'écart s'explique par le fait que des transmissions de données de l'Agence n'ont pas été prises en compte à certaines périodes (p. 1 et p. 4) par le tableau de bord ministériel, produisant ainsi des 0 qui abaissent la moyenne.

Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Les services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté, dispensés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes vivant des troubles mentaux graves. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale affiche une production de 607 usagers desservis par période dans les CSSS, un nombre inférieur de 218 usagers à la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 825 usagers pour les CSSS). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible établie, sauf le CSSS de Portneuf.

Afin d'obtenir un portrait complet de la desserte régionale, il faut ajouter à ce nombre 440 personnes jointes à chaque période par six organismes communautaires œuvrant en santé mentale, pour un total régional de 1 047 usagers par période. L'engagement régional de 1 120 incluait les usagers desservis par les organismes communautaires (objectif de 295).

Bien que le CSSS de Charlevoix n'ait pas atteint sa cible, le nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) a doublé par rapport à l'an dernier, passant de 27 personnes en 2008-2009 à 51 au 31 mars 2010. Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, l'atteinte de sa cible est tributaire du transfert de la clientèle des services intensifs dans le milieu (SIM) vers les services de deuxième ligne offerts par l'IUSMQ. Ce transfert progressif semble donner des résultats aux périodes 12 (280 usagers) et 13 (354 usagers) et devrait se poursuivre au cours de la prochaine année. Une affectation d'heures a été enregistrée pour la pandémie, ce qui a réduit l'offre de services en santé mentale. Pour le CSSS de Québec-Nord, sa production actuelle de 253 usagers doit être augmentée du nombre de places d'intensité variable réalisées dans les ressources d'hébergement en santé mentale, évaluées à 119. Cette activité clinique correspondrait en tout point à la définition de l'indicateur 1.8.5. Du point de vue de l'organisation des services, il y a lieu de remettre en question l'activité clinique de première ligne dans les ressources non institutionnelles (RNI), d'autant plus qu'un plan de transformation majeur actuellement en cours vise à orienter cette clientèle vers des services SIV ou de soutien au logement, dans une perspective de rétablissement.

Au plan régional, tous les CSSS ont travaillé de concert avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) par l'intermédiaire de formations et de rencontres provinciales, régionales et locales, de façon à harmoniser les pratiques et à consolider les services SIV pour la clientèle cible.

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Les services de suivi intensif dans le milieu (SIM) se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés en coordination continue, intervenant auprès de personnes pouvant présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services sont offerts par le Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ) ainsi que par le CSSS de la Vieille-Capitale. Toutefois, un transfert de responsabilités est prévu du CSSS vers l'IUSMQ.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 120 usagers desservis en moyenne par période, soit 10 usagers de moins que le point de départ (130) et 27 de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé de 147 usagers). L'Institut universitaire de santé mentale de Québec a atteint son objectif. Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, la baisse de ses activités s'explique par le transfert des usagers vers l'Institut, amorcé en 2009-2010. Comme il avait été convenu, le CSSS de la Vieille-Capitale a procédé au transfert progressif de sa clientèle du suivi intensif dans le milieu (SIM) vers la deuxième ligne, libérant ainsi des ressources pour accroître ses services en mode SIV.

Une deuxième équipe de suivi intensif a été mise en place par l'IUSMQ; elle diffère toutefois d'une équipe PACT et répond à un modèle de traitement intensif bref à domicile allant jusqu'à 6 semaines. Les effectifs de cette nouvelle équipe sont présentement comblés à 50 %. L'IUSMQ prévoit rehausser ses effectifs pour couvrir les plages horaires du soir et de la fin de semaine, ce qui augmentera le nombre de places et d'usagers desservis. Des discussions sont en cours avec l'Agence quant à la possibilité d'une nouvelle équipe PACT pour l'année 2010-2011.

Services d'urgence – Santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	**Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :** ▪ Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; ▪ 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	24,37	18	24,74 (24,72)
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	14,29	8	14,33 (14,32)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir du Registre des urgences en date du 26 avril 2010.

Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche un séjour de 24,72 heures par cas, soit 6,72 heures de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 18 heures) et 0,41 heure de plus que le point de départ (24,31). Deux établissements n'atteignent pas leur cible, soit le CHUQ et le CHA.

L'accès aux lits en psychiatrie et le retard dans l'implantation des services de suivi intensif et suivi d'intensité variable dans le milieu constituent les principaux facteurs explicatifs. Plus précisément pour l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), le départ de 6 psychiatres a entraîné une diminution de la disponibilité de personnel pour l'évaluation, ce qui a contribué à augmenter le séjour sur civière. Quant au CHUQ, l'achalandage plus important observé par rapport à l'an dernier (+ 2,4 %), principalement pour le CHUL, serait associé aux difficultés vécues par l'HSS. De plus, l'attente pour l'hébergement en RNI en santé mentale et au programme d'évaluation et de coordination des admissions (PECA) a été également rapportée comme facteur explicatif de la non-atteinte du CHUQ.

Plusieurs mesures locales et régionales ont été mises en place pour désengorger les urgences et les lits en psychiatrie. Les mesures régionales se sont traduites par la création d'un groupe de travail régional sur le désengorgement des lits en psychiatrie, qui a élaboré un plan d'action actuellement en cours avec les partenaires de première et deuxième lignes, et par la mise en place de l'équipe intervention adulte (EIA) régionale) pour assurer une orientation résidentielle aux usagers hospitalisés en psychiatrie, dont l'épisode de soins est terminé et qui font l'objet d'un refus aux mécanismes PECA et RNI. À ce jour, 17 usagers sur 48 ont pu quitter l'institution et 7 autres ont reçu une orientation résidentielle conforme à leurs besoins. Une infirmière additionnelle du Centre de réadaptation Ubald Villeneuve s'est ajoutée pour l'évaluation et la prise en charge de la clientèle en toxicomanie qui se présente dans les urgences de la région. L'Agence s'apprête également à mettre en place un Comité régional de coordination des services en santé mentale dont le mandat sera de coordonner les travaux en santé mentale (suivi du Rapport Paquet, réseautage et suivi du Plan d'action en santé mentale *La force des liens*). Au plan local, le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) travaille actuellement à l'élaboration d'une politique sur la gestion de l'achalandage des urgences. Plus particulièrement, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), le comité paritaire (Agence, HEJ, IUCPQ, CSSS de la Vieille-Capitale) a été réactivé pour désengorger l'urgence et pour libérer les usagers en attente d'une ressource d'hébergement (RNI ou centre hospitalier de soins de longue durée). Une démarche est également en cours afin d'optimiser la fluidité à l'urgence (cas traceurs).

Pour ce qui est de l'urgence de l'HSS, des démarches de recrutement sont en cours afin de combler les départs de psychiatres et de reprendre les activités complètes dans cette urgence, entre autres l'arrivée prochaine d'une nouvelle psychiatre affectée à l'évaluation pour le secteur de l'HSS.

Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche 14,32 % pour le séjour de 48 heures et plus sur civière, soit 6,32 % de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 8 %). Ni le CHA ni le CHUQ n'atteignent leur cible.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.8.7 valent également pour les résultats obtenus quant au pourcentage de séjour de 48 heures et plus à l'urgence.

Services de première ligne – Santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de 1ère ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de 1ère ligne existantes sur le territoire.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1ère ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	5 848 (5 909)	6 620	6 196 (5 578)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CLSC en date du 29 avril 2010. Les données de la base de données régionale comprennent l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, à qui l'on a confié des activités dévolues aux CSSS pour la clientèle anglophone de la région, que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence. Par ailleurs, l'écart entre les données du tableau de bord national et celles de la base de données régionale tient à un changement dans la méthode de calcul qui semble avoir été opéré par le MSSS en cours d'année, mais pour laquelle nous n'avons trouvé aucune description ni explication.

Nombre d'usagers atteints de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)

Les services de santé mentale en première ligne regroupent les services d'évaluation, de traitement, de suivi ou d'orientation offerts par un professionnel d'un CSSS (mission CLSC) et sont généralement donnés dans l'établissement à des personnes souffrant de troubles mentaux.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 5 578 usagers desservis, soit 1 042 usagers de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 6 620 usagers) et 1 154 de moins que le point de départ. Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible établie.

Pour le secteur jeunesse, deux territoires ont atteint leur cible, soit le CSSS de Québec-Nord et le CSSS de Portneuf. De façon générale, le principal facteur explicatif serait les difficultés de recrutement lors d'absence ou de départ à la retraite, particulièrement pour le secteur de la psychologie. La demande pour

ce type de professionnel ne cesse d'augmenter autant pour le secteur jeunesse que pour celui des adultes, alors que l'offre est limitée. Chez la clientèle adulte, la situation vécue à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a eu un impact sur les orientations et la prestation de services en raison du retard important des évaluations effectuées au MEL aux fins de diagnostic. Au CSSS de la Vieille-Capitale, plus de 700 heures ont été affectées au projet « Cible qualité » et 200 heures à la pandémie. On rapporte aussi un retard de transmission de données entraînant un écart de 88 usagers en moins. L'intervention de groupe est de plus en plus reconnue et utilisée, et elle ne se traduit pas dans le calcul de la prestation de service. Mentionnons enfin que près de 600 usagers ont obtenu des services de santé mentale avec une intensité moindre que celle définie dans le soutien d'intensité variable (SIV, 2 interventions par période) et ne sont comptabilisés dans aucun des indicateurs de l'entente de gestion.

Des mesures ont été entreprises pour améliorer le recrutement et l'attraction des professionnels. L'IUSMQ travaille actuellement de concert avec les établissements pour résorber la situation des listes d'attente d'évaluation au MEL. L'IUSMQ fait aussi l'objet d'un suivi par l'Agence et le MSSS à la suite du Rapport Paquet, et l'attente au MEL devrait se résorber au cours des prochains mois. Concernant la saisie de données, des démarches locales ont été faites (notamment au CSSS de Charlevoix), mais les difficultés persistent. Au secteur adulte, il y a lieu de réviser l'application du cadre normatif au niveau régional de façon à harmoniser la saisie de données pour l'ensemble des établissements et à s'assurer qu'elle reflète bien la réalité de l'activité clinique. En jeunesse, au cours de la dernière année, tous les établissements ont participé à la mise à jour du cadre normatif régional et à l'harmonisation des procédures de saisie de données. Les résultats de cette démarche devraient porter fruit en 2010-2011.

Services de deuxième ligne – Santé mentale

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	436	122	712

Il s'agit ici d'évaluer le nombre de jeunes et le nombre d'adultes en attente depuis plus de soixante jours pour accéder aux traitements spécialisés offerts par un professionnel de deuxième ligne en santé mentale ou en pédopsychiatrie. Ces services sont offerts par les cliniques externes de psychiatrie et de pédopsychiatrie des centres hospitaliers. Ils regroupent des activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou d'orientation offerts par un professionnel travaillant dans une équipe multidisciplinaire et en clinique externe.

Les résultats obtenus pour le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale montrent une non-atteinte de la cible générale de 122 usagers.

En pédopsychiatrie, la cible du CHUQ n'a pas été atteinte (82) et la situation s'est détériorée comparativement à l'année précédente, passant de 110 au 31 mars 2009 à 257 usagers en attente depuis plus de soixante jours. Au CSSS de Charlevoix, il n'y a pas de jeunes en attente depuis plus de 60 jours pour des services de deuxième ligne en santé mentale et ce résultat est conforme à l'objectif de 0.

Dans ce secteur, nous assistons à une hausse des orientations directes des médecins vers l'urgence du CHUQ. Un examen de la liste d'attente a permis de constater que celle-ci est constituée d'environ 50 % de cas électifs, ce qui est une forte augmentation par rapport à la situation de l'an dernier, et pour lesquels une réponse de la première ligne pourrait être suffisante avec l'appui d'un pédopsychiatre, notamment pour un avis pharmacologique ou diagnostique.

Les enfants de 6 ans et plus pour lesquels on suspecte un trouble envahissant du développement constituent aussi une bonne partie des cas en attente de plus de 60 jours. Le CHUQ procède actuellement à une réorganisation du travail et à l'embauche de nouveau personnel. Un projet d'entente entre le CHUQ, les CSSS et le Centre jeunesse est en cours pour assurer le soutien de la première ligne par un pédopsychiatre répondant. L'ajout de ressources à la clinique de trouble envahissant du développement devrait permettre de diminuer le délai d'attente pour ces jeunes.

En psychiatrie adulte, la région n'atteint pas son objectif de 40 personnes en attente depuis plus de 60 jours pour des services en santé mentale et la situation s'est dégradée par rapport à la dernière année. Plus de 455 personnes sont en attente comparativement à 326 en 2008-2009. Au CHUQ, l'objectif prévu n'a pas été atteint (20) et le nombre d'usagers en attente s'est accru de 31 par rapport au 31 mars 2009, passant de 116 à 147 au 31 mars 2010. Pour sa part, l'IUSMQ n'a pas atteint son objectif de 20 et a augmenté son nombre d'usagers adultes en attente de 98 (308 par rapport à la situation au 31 mars 2009 de 210). Au CSSS de Charlevoix, il n'y a pas d'attente de plus de 60 jours pour des services en santé mentale.

Dans le secteur de la psychiatrie adulte, l'IUSMQ et l'HSS ont vécu le départ massif de psychiatres évaluateurs, dont plusieurs affectés directement aux activités du MEL, en plus d'autres départs (retraite, maladie et maternité). Pour le CHUQ, l'augmentation de l'activité hospitalière (849 jours/présence de plus que l'an dernier) a également contribué à limiter la disponibilité des psychiatres affectés aux évaluations du MEL. La situation à l'IUSMQ est connue du MSSS et de l'Agence qui a été sollicitée pour accompagner cet établissement dans l'analyse et la recherche de solutions par les recommandations du Rapport Paquet. Depuis avril 2010, deux comités ont été mis en place : le premier regroupe les psychiatres des quatre établissements avec l'objectif d'harmoniser le fonctionnement du MEL et d'assurer son efficacité à long terme, alors que le second, formé des partenaires du réseau, travaillera sur la question des trajectoires de services et la liaison avec les guichets d'accès en santé mentale. De plus, le chef du département de psychiatrie, nouvellement nommé, s'occupe activement du recrutement, lequel inclut une contribution au MEL. Une nouvelle psychiatre entre en poste à compter du 25 mai. Elle sera affectée uniquement au MEL et la clientèle a été priorisée. Enfin, de façon plus générale, l'Agence s'apprête à mettre en place un comité régional de coordination des services en santé mentale dont le mandat sera de coordonner les travaux en santé mentale (suivi du Rapport Paquet, réseautage et suivi du Plan d'action en santé mentale *La force des liens).*

2.11 Santé physique

Services d'urgence

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :*** ■ séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; ■ 0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.1	Séjour moyen sur civière	15,15	12,5	16,07 (16,06)
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	21,82	16,69	23,31 (23,30)
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	4,99	1,95	5,80 (5,80)
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,96	3,38	11,29 (11,28)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir du Registre des urgences en date du 26 avril 2010.

Les services d'urgence sont l'une des fonctions importantes des centres hospitaliers de la région. Ils concernent l'accueil des malades et des blessés qui se présentent spontanément ou qui sont amenés par ambulance. Le rôle d'une unité d'urgence est d'accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, de la soumettre à un triage selon une échelle de priorité médicale et de la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

Séjour moyen sur civière

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale a atteint un séjour moyen de 16,06 heures par usager, ce qui représente 3,56 heures au dessus de la cible visée au 31 mars 2010 (12,5 heures). Trois établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CH*A*, le CHUQ et le CSSS de Charlevoix.

Au CHUQ, la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) est passée de 24,54 heures en 2008-2009 à 24,83 en 2009-2010, pour une cible de séjour de 13,21. Cette mauvaise performance est attribuable à la stagnation des patients à l'urgence pour différentes raisons, notamment la disponibilité des lits de courte durée pour admettre les patients en soins aigus. La congestion des lits de courte durée est quant à elle attribuable entre autres à la clientèle de longue durée, et ce, malgré les efforts incessants de l'Agence pour orienter cette clientèle vers les lits de transition. D'autres facteurs sont aussi mentionnés : la lenteur de certains médecins à prendre les décisions médicales concernant les clients à l'urgence, les liens difficiles avec le CSSS pour la prise en charge de la clientèle gériatrique, la pratique des pneumologues et des gastro-entérologues qui voient des patients à l'urgence en consultation sans les hospitaliser, ce qui augmente d'autant le temps passé à l'urgence et, enfin, la difficulté de prise en charge des clients par les équipes d'omnipraticiens. Pour le CHUL et L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ), leurs DMS se maintiennent depuis les 3 dernières années et elles sont proches des valeurs visées de performance, soit 13,74 à l'HDQ et 10,38 au CHUL.

Au CH*A*, la DMS affichée en 2009-2010 par l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), soit 21,46 heures, s'est encore détériorée par rapport à l'an dernier (19,20). Sa cible de performance est évaluée à 14,08 heures. Cet écart s'explique principalement par les patients en santé mentale qui ont occupé l'urgence d'une façon importante au cours de la dernière année. Il n'était pas rare de voir des patients de l'urgence de santé mentale déborder du côté de l'urgence de santé physique, en sus des dix espaces qui leur sont consacrés à l'urgence. Cette augmentation d'achalandage est due principalement à la démission des psychiatres de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), qui a entraîné la migration de cette clientèle psychiatrique vers l'HEJ. Aussi, le manque de services pour cette clientèle, en amont et en aval, a fait en sorte que celle-ci, au lieu de se retrouver dans des services adaptés, s'est vue hospitaliser.

Différents comités régionaux ont été formés afin d'aider le réseau à s'organiser. Il a été demandé à l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ) de prendre en charge plus rapidement la clientèle qui lui était dévolue, et d'améliorer la gestion des DMS dans les unités de psychiatrie, en vue d'admettre les patients plus rapidement. La mise en application des recommandations du Rapport Paquet, à la suite des événements survenus à l'IUSMQ, contribuera à accroitre la performance du réseau hospitalier.

Au plan local, plusieurs hôpitaux ont entrepris des travaux d'analyse interne (comité sur les problématiques associées au séjour hospitalier, révision du processus de travail à l'urgence (processus LEAN)) et nommé des responsables à la coordination (mise en place d'une coordonnatrice à la gestion des lits). L'arrivée d'une infirmière additionnelle du CRUV pour la prise en charge de la clientèle de toxicologie séjournant à l'urgence a aussi été rapportée.

Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale affiche un séjour moyen sur civière pour les personnes de 75 ans et plus de 23,30 heures par usager, ce qui représente 6,61 heures au dessus de la cible visée au 31 mars 2010 (16,69 heures). Trois établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHUQ, le CH*A* et le CSSS de Charlevoix.

Pour le CHUQ, ainsi que pour le CH*A* et le CSSS de Charlevoix, les usagers de 75 ans et plus sont de grands utilisateurs de services de santé. Nous observons d'ailleurs une hausse de la DMS pour cette clientèle dans les urgences, depuis les 3 dernières années, qui, en 2009-2010, atteignait 36,71 à HSFA; 18,24 à l'HDQ; 16,60 au CHUL; 29,43 à l'HEJ; 24,82 à l'HSS; 21,26 à l'Hôpital de la Malbaie; 10,68 à l'Hôpital de Baie Saint-Paul. La DMS pourrait continuer à augmenter, considérant que la population vivant dans les secteurs à proximité de ces hôpitaux compte un grand nombre de personnes âgées, avec multi-pathologie et qu'elles sont très souvent en situation de perte d'autonomie. En outre, il est fréquent que cette clientèle soit prise en charge tardivement et que l'on doive alors leur offrir des solutions de rechange pour les maintenir à domicile avec services, ou bien les admettre en unités de transition ou dans des résidences intermédiaires. Ces milieux d'accueil étant souvent manquants, il en découle un allongement du séjour à l'urgence avant leur prise en charge.

Une révision complète des mécanismes de déclaration en soins de longue durée pour les clientèles âgées est en cours dans les hôpitaux. À terme, il n'y aura plus de patients déclarés en soins de longue durée par les médecins des hôpitaux. Ces patients seront orientés vers les travailleurs sociaux réseau (TSR) dans les unités d'évaluation et de traitement bref, pour une prise en charge rapide, ce qui devrait favoriser un retour possible à domicile avec les services du CLSC.

Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale affiche 5,80 % pour le séjour de 48 heures et plus sur civière, ce qui représente 3,85 % au- dessus de la cible visée au 31 mars 2010 (1,95 %). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, à l'exception de l'IUCPQ.

L'augmentation du nombre de patients sur civière depuis 48 heures et plus est due à une mauvaise gestion des cas, comme l'illustre l'indicateur sur le séjour moyen à l'urgence (1.9.1). L'accès aux lits d'hospitalisation pour la clientèle séjournant à l'urgence constitue un enjeu majeur pour résoudre l'engorgement des unités d'urgence. Nos analyses indiquent que seule une meilleure gestion des épisodes de fins de soins actifs des patients en attente de placement et des admissions électives permettra d'améliorer la performance des urgences.

Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale affiche 11,28 % pour le séjour de 48 heures et plus sur civière dans le cas des personnes de 75 ans et plus, ce qui représente 7,9 % au-dessus de la cible visée au 31 mars 2010 (3,38 %). Le CHUQ, le CH*A*, le CSSS de Charlevoix et les autres urgences locales présentent un écart défavorable par rapport à leur cible. Les facteurs explicatifs sont les mêmes que ceux rapportés plus haut.

Soins palliatifs

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 997 (2 001)	2 027	1 906 (1 908)
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	22,50 (22,49)	16,63	22,58 (22,57)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été calculée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 29 avril 2010. L'écart tient aussi à la présence de l'établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec, l'Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's, que la RAMQ exclut de son traitement. Pour l'exercice financier 2009-2010, une entente de gestion lie cet établissement et l'Agence.

Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 1 908 usagers desservis, soit 119 usagers de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 2 027 usagers) et 172 usagers de moins que le point de départ (2 080). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible, sauf le CSSS de la Vieille-Capitale.

Bien que tous les CSSS, sauf le CSSS de la Vieille-Capitale, aient enregistré une baisse du nombre d'usagers, toutes les demandes recensées ont été acceptées au soutien à domicile. Aucun usager n'est actuellement en attente de service.

Différents facteurs peuvent expliquer ce résultat, notamment : le changement de codification non effectué lorsque, en cours d'épisode de soins, l'usager requiert des soins palliatifs; la non-codification « soins palliatifs » des personnes atteintes de pathologie autre que le cancer; le manque d'information sur les services possibles à domicile pour la clientèle en soins palliatifs.

Les mesures prises par les établissements pour corriger la situation sont les suivantes : sensibiliser les intervenants à l'importance de la qualité des données, les former adéquatement et assurer un suivi pour une pratique systématique; informer les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés des soins et services offerts à domicile.

Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale affiche une production totale de 22,57 interventions par usager, soit 5,94 interventions de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 16,63). Ni le CSSS de Portneuf ni l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's n'atteignent leur cible.

Lutte contre le cancer

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,5	90	98,4

Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 98,4 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 8,4 % de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 90 %) et du point de départ. Un seul établissement contribue à cette activité, soit le CHUQ.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	91,1	85	79,9
Catégorie B	98,0	80	75,9

Les indicateurs s'appliquant à la cardiologie tertiaire adulte concernent le nombre de demandes de services pour une intervention réalisée à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi.

Les demandes de services en hémodynamie sont réparties selon deux niveaux : celles de la catégorie A, qui doivent être traitées en moins de deux semaines et celles de la catégorie B, qui doivent l'être en moins de 2 mois.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 79,9 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 5,1 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 85 %) et 11,1 % de moins que le point de départ. L'IUCPQ présente un écart défavorable par rapport à sa cible établie.

Bien que la performance régionale n'ait pas été atteinte, il faut souligner que le Centre hospitalier universitaire de Québec a atteint la cible fixée. Cependant, pour ce qui est des procédures réalisées en 2009-2010, nous observons une diminution de 44 (soit 982 en 2009-2010 comparativement à 1026 en 2008-2009).

En ce qui a trait au nombre de demandes traitées en hémodynamie de catégorie A à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), on note une augmentation de 66 procédures comparativement à l'année précédente (5304 en 2009-2010 et 5238 en 2008-2009). Cependant, il y a une diminution considérable du pourcentage des demandes traitées. En effet, seulement 76,4 % des procédures ont été réalisées dans les délais établis pour l'année 2009-2010 comparativement à 89,7 % en 2008-2009.

L'IUCPQ mentionne que les usagers hospitalisés qui sont inscrits à domicile sont automatiquement hors délai. Pour remédier à la situation, ceux-ci sont considérés comme hospitalisés dans le logiciel de gestion de l'accès aux services (SGAS). Le taux d'occupation sur civière et le débordement de l'urgence sont aussi soulevés par l'établissement pour expliquer ces résultats. Le nombre de procédures ayant un taux d'occupation allongé en salle d'hémodynamie contribue automatiquement à la diminution du nombre d'usagers par salle, par jour. Dans le même ordre d'idées, l'avènement de pratiques émergentes et la réalisation de procédures plus complexes (notamment les fermetures de l'auricule gauche, les procédures d'angioplastie sous anesthésie générale et les valvuloplasties percutanées (installation de valves aortiques percutanées – sans sternotomie)) ont des impacts significatifs sur le nombre d'heures-présence en salle par usager.

L'Agence, conformément à la priorité ministérielle accordée à l'amélioration des délais de la prise en charge des clients victime d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST), coordonne une importante démarche régionale en collaboration avec tous les acteurs associés à ce continuum de services afin d'améliorer les délais de traitement et, ainsi, de diminuer la morbidité et la mortalité relatives à cette cardiopathie. D'ailleurs, un protocole régional de prise en charge uniformisé pour cette clientèle qui favorise une trajectoire efficiente de ces patients a été implanté le 1er mars 2010. Il est également à noter que des comités locaux de prise en charge de l'IAMEST ont été créés à l'IUCPQ, au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et également au Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CH*A*) pour améliorer le fonctionnement intrahospitalier dans le cas de cette clientèle. Les travaux se poursuivent et visent, d'une part, la mise en place d'un portail régional de saisie des données de la prise en charge de l'IAMEST et, d'autre part, d'ici septembre 2010, la mise en fonction d'un projet d'affiliation avec l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) du Centre hospitalier affilié – Hôtel-Dieu de Lévis.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 76 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 4 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 80 %). L'IUCPQ présente un écart défavorable par rapport à sa cible établie.

Les procédures en hémodynamie de catégorie B au Centre hospitalier universitaire de Québec ont connu une augmentation en 2009-2010 de 29 (soit 516 en 2009-2010 contre 487 en 2008-2009). Le pourcentage de demandes en hémodynamie de la catégorie B est traité dans les délais prescrits pour cet établissement.

Concernant l'IUCPQ, comparé avec celui de l'année précédente, le bilan des résultats indique que le nombre de demandes traitées a diminué de 27 procédures (1 404 en 2009-2010 par rapport à 1 431 en 2008-2009). Au plan de l'accès aux procédures, nous notons une diminution importante du pourcentage traité dans les délais prescrits eu égard à 2008-2009, soit 30 % (97,8 % en 2008-2009 comparativement à 67,9 % en 2009-2010).

L'IUCPQ tente de prioriser l'accès aux procédures en hémodynamie pour les priorités 2 (24 heures) à 4 (dans un délai de deux semaines), ce qui a un effet direct sur la clientèle en attente inscrite dans la catégorie B selon les critères médicaux établis. L'IUCPQ projette de réviser à court terme les processus internes du secteur de l'hémodynamie. L'établissement envisage de réaliser un « blitz » de procédures en juin 2010. Les modalités de fonctionnement sont en cours d'élaboration. Pour ce qui est des

justifications, les éléments soulevés pour expliciter les difficultés demeurent les même que ceux précédemment mentionnés dans la catégorie A.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.***		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A	92,9 (93,1)	85	90,8 (90,7)
Catégorie B	95,5 (95,6)	80	86,8 (86,0)

Les demandes de services en chirurgie cardiaque sont de deux niveaux, soit la catégorie A, pour une intervention en moins de 2 semaines, et la catégorie B, pour une réponse en moins de 3 mois

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 90,7 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 5,7 % de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 85 %). Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

Pour ce qui est de la catégorie A en chirurgie cardiaque, nous remarquons une légère diminution des demandes traitées de l'ordre de 26 chirurgies en 2009-2010 comparativement à 2008-2009 (total de 1 042).

Une nouvelle technologie de pointe a fait son apparition avec l'assistance à flux axial, qui représente une avancée importante dans le traitement de la clientèle devant subir une intervention cardiaque pour l'implantation d'un cœur mécanique durant la période d'attente d'une transplantation cardiaque (pont à la transplantation).

En terminant, il est à noter que le transfert complet des activités en chirurgie cardiaque pédiatrique de l'IUCPQ vers le Centre-Mère-Enfant du CHUQ est effectif depuis le 4 mai 2009. Cette importante démarche est le fruit de l'ensemble des acteurs concernés qui ont contribué, de près ou de loin, au succès de ce transfert d'activité dans la région de la Capitale-Nationale. En suivi du transfert de la clientèle de chirurgie cardiaque pédiatrique, l'Agence et l'IUCPQ ont convenu des nouvelles modalités de reddition de comptes qui seront appliquées à l'entente de gestion.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 86,0 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 6,0 % de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 80 %). Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

En comparant le nombre de procédures réalisées en chirurgie cardiaque de catégorie B avec les résultats de l'année précédente, nous observons une augmentation de 28 chirurgies en 2009-2010.

Cardiologie tertiaire

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.		
Indicateur	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A	62,6	65	55,0
Catégorie B	50,8	50	24,7

Les demandes de services en électrophysiologie sont de deux niveaux, soit la catégorie A, pour une intervention en moins de 48 heures, et la catégorie B, pour une réponse en moins de 3 mois.

Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 55 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 10 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 65 %). Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

En ce qui a trait au nombre de demandes traitées en électrophysiologie de catégorie A, nous observons une diminution de l'ordre de 33 procédures à la période 13 (424 procédures réalisées en 2009-2010 comparativement à 457 en 2008-2009).

La liste d'attente actuelle de l'IUCPQ est constituée de près de 80 % d'usagers en attente d'une ablation (le terme *ablation* fait référence à la technique d'ablation par cathéter utilisée par les électrophysiologistes afin de traiter des affections arythmiques). Aux fins de comparaison de l'évolution de la liste d'attente globale en électrophysiologie (EEP), il y avait, à la période 12 de 2009-2010, 501 clients en attente au total dont 364 (72 %) étaient hors délai comparativement à 490 clients en attente, dont 325 (66 %) hors délais à la période 13 de la même année. Un des principaux facteurs qui permet d'expliquer cette situation est l'augmentation de la proportion du nombre de demandes pour les ablations complexes (fibrillation auriculaire – tachycardie auriculaire et tachycardie ventriculaire) comparativement aux ablations simples. Les procédures complexes demandant beaucoup plus de temps d'intervention en salle d'électrophysiologie, les délais d'attente pour les usagers augmentent.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) a mis en place, à l'intérieur de son service en électrophysiologie cardiaque, des mesures visant à améliorer l'accès à la clientèle nécessitant des soins compte tenu des délais actuels encourus pour ce qui est de l'attente. Pour ce faire, l'IUCPQ a utilisé, grâce à l'ouverture d'une salle d'opération additionnelle au bloc opératoire, une priorité opératoire entre février 2009 et septembre 2009 et, à partir du mois d'octobre 2009, deux priorités opératoires disponibles pour réaliser des interventions en électrophysiologie telles que l'installation de cardiostimulateurs et de défibrillateurs non complexes. Ces interventions, qui ne nécessitent pas le plateau technique surspécialisé en EEP, permettent de dégager des disponibilités supplémentaires en salle d'EEP pour les ablations des arythmies complexes.

À la suite des travaux de l'IUCPQ et après analyse de la demande, l'Agence a déposé, le 27 août 2009, une demande d'avis de reconnaissance des besoins concernant l'ajout d'une troisième salle d'électrophysiologie cardiaque et la relocalisation du tomographe existant. Le Ministère émettait le

18 décembre 2009 un avis favorable à la demande compte tenu de l'état de la liste d'attente en EEP et de la nécessité de mettre en place des solutions qui permettent d'optimiser les délais de prise en charge de cette clientèle. Parmi les recommandations émises, citons l'aménagement d'une ancienne salle de tomographie afin de l'adapter aux besoins de l'électrophysiologie comme solution « temporaire » dans l'attente de la construction.

Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 24,7 % des demandes traitées dans les délais prescrits, soit 25,3 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 50 %). Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

Concernant le bilan des résultats de la catégorie B, le nombre de demandes traitées a augmenté de façon significative de 18 %. En effet, malgré la non-atteinte de la cible fixée concernant le pourcentage des demandes traitées dans les délais établis, il est important de souligner que 981 demandes ont été traitées en 2009-2010 comparativement à 831 procédures en 2008-2009 (+ 150). Les éléments contextuels entourant l'état de la liste d'attente en électrophysiologie précédemment énumérés permettent de comprendre les résultats obtenus en EEP en fin d'exercice. La solution de l'ouverture d'une salle « temporaire » en EEP à la fin septembre 2010 représente la clé de voûte qui permettra de remédier à la situation actuelle de la liste d'attente. Dans cet esprit, l'ensemble des parties concernées poursuit les travaux.

Chirurgie

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.***		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées (PTH)	599 (610)	605	618 (580)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées (PTG)	814 (837)	435	848 (860)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	8 351 (8 533)	7 905 (7 770)	8 429 (8 637)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	22 839 (25 619)	25 856 (25 758)	24 601 (26 689)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	16 647 (20 338)	21 461 (21 443)	22 008 (20 437)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence en fonction d'une méthode d'estimation de la production, laquelle présente une forte concordance avec les validations ministérielles faites à partir du fichier Med-Écho. Les données du tableau de bord national sont tirées de SIMASS. Des écarts trop importants ont été détectés entre les deux sources de données pour que les informations tirées de SIMASS soient utilisées.

Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées - Nombre d'arthroplasties du genou réalisées

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible pour les prothèses totales de la hanche (PTH). La performance régionale a permis une production totale de 580 chirurgies, soit 25 procédures de moins que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée au 31 mars 2010 de 605) et 166 procédures de plus que le point de départ (activité en 2002-2003 de 414). Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible.

Quant aux prothèses totales du genou (PTG), les résultats signalent une atteinte de la cible. La performance régionale a permis une production totale de 860 chirurgies, soit 425 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003 de 435) et 19 procédures de plus que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 841). Un seul établissement présente un écart défavorable par rapport à sa cible, soit le CHUQ.

La diminution observée de la chirurgie orthopédique ciblée (PTH et PTG) à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) serait associée principalement au manque de lits disponibles pour ces chirurgies. Les lits réservés à l'orthopédie sont souvent occupés par des patients âgés en attente d'hébergement, de prise en charge par le CLSC ou de réadaptation, ou encore par des cas provenant de l'urgence.

Certaines mesures sont anticipées par le CHUQ pour corriger la situation, entre autres l'introduction des PTG au CHUL, la révision du suivi systématique de l'épisode de soins et la mise en place d'un guichet d'évaluation et de planification chirurgicale à l'HSFA.

L'Agence a mandaté le D[r] Henri-Louis Bouchard, orthopédiste à la retraite, pour travailler sur le dossier de régionalisation de l'orthopédie et, par le fait même, sur le problème des urgences en orthopédie.

Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées

Au terme de la période 13, les résultats signalent une atteinte de la cible. La performance régionale a permis une production totale de 8 637 chirurgies, soit 2 808 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003 de 5 829) et 867 procédures de plus que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 7 770). Tous les établissements atteignent leur cible de production.

Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)

Au terme de la période 13, les résultats signalent l'atteinte de la cible. La performance régionale a permis une production totale de 26 689 chirurgies, soit 3 382 procédures additionnelles par rapport au point de départ (activité en 2002-2003 de 23 307) et 931 procédures de plus que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 25 758). L'IUCPQ présente un écart défavorable par rapport à sa cible.

Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)

Au terme de la période 13, les résultats signalent une non-atteinte de la cible. La performance régionale a permis une production totale de 20 437 chirurgies, soit 58 procédures de moins par rapport au point de départ (activité en 2002-2003 de 20 495) et 1 006 procédures de moins que l'engagement déboursé 2009-2010 (cible visée de 21 443). Deux établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur cible : le CHA et l'IUCPQ.

Pour ce qui est du CHA, la priorité donnée aux chirurgies orthopédiques ciblées (PTH et PTG) afin de réaliser tous les cas hors délai de 6 mois et plus, la lourdeur des cas opérés, l'occupation importante de l'urgence et la demande d'hospitalisation concomitante font en sorte que la cible des cas électifs de chirurgie n'a pas été atteinte.

Quant à l'IUCPQ, la non-atteinte de la cible est due en partie à la lourdeur des cas qui y sont opérés. On observe : une augmentation de plus de 50 % des chirurgies bariatriques au cours de l'exercice financier, passant de 358 à 539 et une baisse des listes d'attente en chirurgie thoracique (70,6 % pour les cancers et 52,3 % pour les autres cas au 31 mars 2010); une hausse des chirurgies cardiaques autres que pontages et valves. Ces chirurgies prennent plusieurs heures à réaliser, ce qui limite le nombre de chirurgies faites chaque jour. Au total, les heures-présence au bloc opératoire ont augmenté de 201 heures (+ 1,46 %). Bien que le MSSS ait autorisé des budgets pour faire plus de chirurgies bariatriques, nous constatons qu'avec les disponibilités opératoires actuelles, l'établissement ne peut maintenir le volume de ses autres activités chirurgicales.

Chirurgie

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	***Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.***

Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	87,9	90	79,93 (79)
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	85,3	90	78,10 (78,4)
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98,4	90	95,61 (95,4)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence et constituent une projection de la période 12. Les résultats à la période 13 calculés dans le tableau de bord ministériel n'étaient pas disponibles au moment de commencer l'exercice de reddition.

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 79 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 11 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 90 %). Un seul établissement n'atteint pas la cible qui lui a été fixée, soit le CHUQ.

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de la cible. La performance régionale s'élève à 78,4 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 11,6 % de moins que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 90 %). Seul le CHUQ n'atteint pas la cible fixée.

Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de la cible. En effet, la performance régionale s'élève à 95,4 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 5,4 % de plus que la cible visée au 31 mars 2010 (engagement déboursé 2009-2010 de 90 %). Un seul établissement n'atteint pas la cible qui lui a été fixée, soit le CHUQ. Son niveau d'activité est cependant marginal.

Le CHA a une excellente gestion de sa liste d'attente. Cet établissement atteindra sûrement la cible pour le PTG puisqu'en fin de période 13, seulement 3 PTG étaient hors délai de plus de 6 mois. En ce qui concerne le PTH, aucun cas de plus de 6 mois n'était en attente à la période 13.

Le CHUQ éprouve des difficultés de prestation de services dues à une gestion déficiente de ses listes d'attente. Les prothèses totales de la hanche (PTH) ayant plus de 6 mois d'attente ne sont pas priorisées, pas plus que les patients qui ont refusé leur deuxième offre de service. En période 13, on comptait 16 patients étaient toujours en attente de leur PTH depuis plus de 6 mois, et il appert que rien n'est fait pour les prioriser, bien que ces patients auraient dû être opérés depuis longtemps. L'établissement a produit seulement 13 PTH de plus. Par ailleurs, le temps d'attente s'est allongé de 18,3 semaines à 19,5 semaines. À la période 13, le CHUQ comptait sur ses listes d'attente 22 cas de PTG de plus de 6 mois.

Quelques mesures ont été prises par le CHUQ pour corriger la situation, entre autres : l'utilisation maximale des lits dédiés aux cas de chirurgie; une préoccupation accordée aux reports des chirurgies hospitalières électives; la poursuite de l'objectif de diminuer et d'éliminer les hors délais en priorisant les cas hors délais. Une deuxième offre est proposée à la clientèle selon les disponibilités du centre receveur, ce qui vient diminuer les cas électifs hors délai. De plus, au cours de la dernière année, 8 patients ont pu être opérés dans un autre centre, en réponse aux exigences de la loi 33. Cependant, l'atteinte de la cible passe par une saine gestion de la liste d'attente en priorisant le plus rapidement possible les plus de 6 mois, jusqu'à élimination des cas hors délai.

2.12 Hygiène et salubrité

Prévention et contrôle – Infections nosocomiales

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010		***Diminuer les taux d'infections nosocomiales.***		
Indicateur		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	89,5 (78)	100	93,5 (81,5)
	Catégorisation	89,5 (78)	100	93,5 (81,5)
	Accord responsable	75,3 (24)	100	83,8 (53,7)
	Accord au CA	25,9 (14)	100	70,8 (16,7)
	Application	90,6 (35)	100	14,8

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

Les valeurs inscrites entre parenthèses ont été calculées par l'Agence à partir des rapports GESTRED par établissement en date du 19 mai 2010. Le rapport régional sur lequel se fonde le tableau de bord national présente des erreurs de compilation du nombre d'installations faites par les établissements.

Dans les établissements de soins, il existe plusieurs surfaces, entre autres sur les appareils et les accessoires, dont la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas attribuée. Ces surfaces sont désignées comme étant des zones grises. Le Ministère, par le groupe de travail sur l'hygiène et la salubrité, propose une démarche en vue d'éliminer les zones grises dans les responsabilités de gestion de l'état sanitaire et d'entretien des surfaces dans les établissements du réseau de santé québécois, publics et privés conventionnés.

Plus de 80 % des installations (81,5 %) ont complété le répertoire des surfaces (44 sur 54 installations ayant répondu, pour 11 établissements); plus de 80 % (81,5 %) ont complété la catégorisation (44 installations sur 54, pour 11 établissements); 53,7 % ont conclu l'accord de responsabilité (29 installations sur 54, pour 8 établissements); 16,7 % ont entériné l'accord au conseil d'administration (9 installations sur 54, pour 3 établissements); enfin, 14,8 % ont mis en application les nouvelles responsabilités (8 installations sur 54, pour 3 établissements).

L'Agence a créé un groupe de travail qui réalisera au cours de l'été et au début de l'automne 2010 une étude de temps et mouvement destinée à compléter une grande part du travail à exécuter. Le résultat de cet exercice sera disponible à l'ensemble du réseau. L'Agence croit donc qu'au cours du présent exercice financier, les trois premières étapes seront complétées à 100 %. L'accord du conseil d'administration (CA) demeure le talon d'Achille des établissements. En effet, l'implantation des résultats de cette démarche impliquera l'ajout de ressources (financières), selon les dires de l'ensemble des établissements. Étant donné qu'il ne semble pas y avoir de volonté d'ajouter du financement, les établissements émettent des réserves quant à l'obtention de l'accord du CA et encore plus pour la mise en application des mesures de cette entente.

ATTENTES REGIONALES

2.13 Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale

Programme OLO

Objectifs	Mères à rejoindre sous le seuil de faible revenu.
Résultat attendu	1 009 mères à rejoindre.
Résultat observé au 31 mars 2010	998 mères rejointes.

Le programme OLO, administré par les CSSS (volet CLSC), vise à soutenir les femmes enceintes qui vivent avec un faible revenu en leur offrant la possibilité d'obtenir gratuitement, pendant leur grossesse, des œufs, du lait et du jus d'orange. Afin de minimiser les impacts de la pauvreté sur l'issue de la grossesse, le programme admet toutes les femmes enceintes vivant dans la pauvreté.

Selon la reddition de comptes complétée par les CSSS, 998 mères ont été jointes dans le programme OLO, atteignant presque la cible fixée à 1 009 mères. Pris séparément, les CSSS de Charlevoix (31 mères contre une cible de 51), de Portneuf (55 mères contre une cible de 63) et de Québec-Nord (359 mères contre une cible de 463) n'ont pas atteint leur cible. Le CSSS de la Vieille-Capitale a dépassé sa cible (553 mères contre une cible de 432).

Ce résultat peut notamment s'expliquer par une évaluation inexacte du point de départ. En effet, la détermination de la cible est calculée à partir de l'indicateur ministériel *Nombre de mères inscrites au programme. OLO–PCNP + SIPPE (en prénatal)* d'I-CLSC. Or, nous croyons que cet indicateur contient des erreurs surévaluant le nombre d'inscriptions à OLO. Ainsi, l'objectif à atteindre en 2009-2010 a été surévalué. De plus, pour les CSSS de Charlevoix et de Portneuf, le changement de critère pour le seuil de faible revenu survenu en 2008 peut aussi expliquer la non-atteinte de la cible. Afin de corriger cette situation, la cible 2010-2011 sera établie à partir des résultats observés sur le terrain au cours des cinq dernières années, et ce, en se fiant des données tirées directement de la fiche de périnatalité.

Allaitement

Objectif	Dyades mère-enfant à rejoindre par les cliniques d'allaitement.
Résultat attendu	840 dyades mère-enfant à rejoindre par les CSSS.
Résultat observé au 31 mars 2010	872 dyades mère-enfant rejointes par les CSSS.
Objectif	Dyades mère-enfant à l'interne du CHUQ à rejoindre par la clinique d'allaitement du CHUQ.
Résultat attendu	100 dyades mère-enfant à rejoindre par le CHUQ.
Résultat observé au 31 mars 2010	172 dyades mère-enfant rejointes à l'interne du CHUQ, depuis l'ouverture de la clinique d'allaitement en septembre 2009.
Objectif	Progression dans la mise en place de l'Initiative des amis des bébés (IAB).
Résultat attendu	▫ Appliquer les dix conditions de l'IAB; ▫ Colliger les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance de l'enfant; ▫ Respecter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel.
Résultat observé au 31 mars 2010	▫ À l'exception du CSSS de Québec-Nord, tous les CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's ont cheminé dans l'application des dix conditions de l'IAB; ▫ À l'exception du CSSS de Québec-Nord, tous les CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's colligent les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance de l'enfant; ▫ À l'exception du CSSS de Québec-Nord, tous les CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's ont cheminé dans le respect du Code de commercialisation des substituts du lait maternel. Le CSSS de Charlevoix respecte le code entièrement alors que les autres cheminent vers son respect.
Objectif	Progression dans la mise en place de l'Initiative des amis des bébés (IAB) au CHUQ.
Résultat attendu	▫ Appliquer les dix conditions de l'IAB; ▫ Colliger les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance de l'enfant; ▫ Respecter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

Allaitement (suite)

Résultat observé au 31 mars 2010	▫ Le CHUQ a progressé significativement dans l'application des dix conditions de l'IAB. En plus de mettre à jour sa politique d'allaitement, il a modifié plusieurs pratiques (formations, « peau à peau » à la naissance, soutien pour le démarrage de l'allaitement, etc.) afin de répondre aux exigences de l'IAB; ▫ Le CHUQ collige les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance. Il n'a cependant pas encore mis en place la collecte de données pour les taux d'allaitement exclusifs; ▫ Le CHUQ n'a pas amorcé le travail pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Cliniques d'allaitement des CSSS

Trois CSSS offrent une clinique d'allaitement : Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix. Pour l'ensemble de ces trois cliniques, le nombre de dyades mère-enfant rencontrées (872 dyades pour la région) a surpassé les résultats attendus (855). En effet, le CSSS de la Vieille-Capitale a reçu 808 dyades, alors que le résultat était établi à 800 dyades, et le CSSS de Charlevoix, qui devait rencontrer 25 dyades, en a accueilli 45. Le CSSS de Portneuf a reçu 19 dyades mère-enfant, alors que le résultat attendu était de 30. Cette clinique a été mise en place au cours de l'année. La période d'implantation n'a pas permis d'atteindre les objectifs. De plus, les activités relatives à la grippe A(H1N1) ont retardé l'opération médiatique prévue pour marquer le lancement de la clinique d'allaitement.

Les cliniques d'allaitement de la Vieille-Capitale et de Charlevoix ont accueilli des stagiaires (56 infirmières et résidents pour Vieille-Capitale et un nombre non indiqué pour Charlevoix). Dans Portneuf, l'arrivée de stagiaires est prévue au cours de l'année 2010-2011, l'implantation de la clinique n'ayant pas permis de mettre en œuvre cette activité pour l'année 2009-2010.

Clinique d'allaitement du CHUQ

Le nombre de dyades mère-enfant rencontrées dans les départements du CHUQ par les consultantes en lactation a largement surpassé les résultats attendus. En effet, la Clinique d'allaitement du CHUQ a offert des services à 172 dyades sur une période de 7 mois alors que le résultat était établi à 100 dyades pour une période de 12 mois. La Clinique d'allaitement du CHUQ vise à répondre aux besoins de la clientèle interne de l'établissement.

Progression dans la mise en place de l'IAB dans les CSSS

- Appliquer les dix conditions de l'IAB

Tous les établissements ciblés appliquent certaines ou même plusieurs des dix conditions de l'IAB. Cette année, les CSSS de Charlevoix, de Portneuf et de la Vieille-Capitale ont mis en place un comité IAB auquel siège une consultante en lactation de la Direction régionale de santé publique afin de les soutenir dans leur cheminement vers la certification IAB. Le CSSS de Portneuf a adopté sa politique d'allaitement, mis en place un local d'allaitement dans chacun de ses points de service et implanté un registre des formations en allaitement pour les intervenants alors que le CSSS de la Vieille-Capitale travaille en vue de l'adoption de sa politique d'allaitement. Le CSSS de Charlevoix maintient la certification IAB du Centre hospitalier de La Malbaie, alors qu'il a travaillé à l'actualisation de sa politique d'allaitement pour le CLSC

et à sa diffusion auprès de son personnel. De plus, il travaille à la revitalisation de la salle d'attente famille pour qu'elle soit accueillante pour les femmes qui allaitent. Toutes les autres conditions sont appliquées dans ce CSSS. L'équipe de l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's respecte la majorité des dix conditions. Elle priorisera l'adoption d'une politique d'allaitement pour la prochaine année.

- Colliger les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance de l'enfant

Les CSSS de Charlevoix, de Portneuf et de la Vieille-Capitale ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's tiennent un registre statistique sur les taux d'allaitement à la naissance de l'enfant. Au CSSS de la Vieille-Capitale, la saisie des données est en place depuis le 11 janvier 2010, alors que pour les autres, la mesure a été appliquée tout au cours de l'année.

- Respecter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel (CODE)

Tous les établissements, à l'exception du CSSS de Québec-Nord, respectent en partie ou en totalité les articles du Code. Le CSSS de Charlevoix respecte tous les articles. Le CSSS de Portneuf et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's appliquent presque la totalité des articles du Code, alors que certaines équipes du CSSS de la Vieille-Capitale ont amorcé la démarche pour actualiser l'ensemble de ses articles.

CSSS de Québec-Nord

Pour l'ensemble des points A, B et C, le CSSS de Québec-Nord n'a pas mis en place d'activités au cours de l'année 2009-2010 en raison de la réorganisation de la structure de soutien et de gestion de la Direction Famille-Enfance-Jeunesse. Il amorcera une réflexion au cours de l'année 2010-2011 au regard de l'IAB.

Progression dans la mise en place de l'IAB au CHUQ

- Appliquer les dix conditions de l'IAB

De nombreuses activités ont été mises en place au cours de l'année 2009-2010 au CHUQ afin d'appliquer certaines des dix conditions de l'IAB :

- Mise à jour de la politique d'allaitement du CHUQ adoptée initialement en 2000;
- Implantation systématique de la pratique « peau à peau » entre la mère et le nouveau-né, pour les deux premières heures de vie de l'enfant. Cette pratique fut mise en œuvre le 12 avril 2010 (HSFA) et le 25 mai 2010 (CHUL) tant pour les femmes qui accouchent par voie vaginale que pour celles qui ont subi une césarienne;
- Consultations individuelles en allaitement pour les femmes ayant des difficultés majeures dans tous les départements du CHUQ;
- Formation d'une heure pour la majorité des infirmières des îlots parent-enfant (IPE) et des départements de grossesses à risques élevés (GARE) afin de mettre en place la pratique « peau à peau »;
- Formation d'une heure auprès de toutes les infirmières en néonatalogie sur l'importance de l'allaitement et le soutien à accorder aux parents d'enfant utilisant ces services;
- Mise en place de mécanismes afin de désigner des infirmières-pivots en allaitement sur tous les quarts de travail, dès l'automne 2010.

En 2009, le CHUQ a nommé un comité interne de mise en œuvre de l'IAB. Ce dernier a grandement facilité l'application de certaines des dix conditions. Les membres du comité se sont engagés à poursuivre la démarche au cours des années à venir.

- Colliger les données statistiques des taux d'allaitement à la naissance de l'enfant

Le CHUQ compile le taux d'allaitement total lorsque les femmes quittent le centre accoucheur. Par ailleurs, dans la prochaine année, des modalités devront être envisagées afin de colliger le taux d'allaitement exclusif.

- Respecter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel (CODE)

Le CHUQ n'a pas encore travaillé sur la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Des établissements canadiens comparables à celui du CHUQ ont réussi à appliquer les articles du Code. Ainsi, la DRSP pourrait soutenir le CHUQ en envisageant des avenues possibles pour l'application du Code.

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

Objectifs	Implantation du volet Environnements favorables du SIPPE.
Résultat attendu	Assurer l'implantation du volet Environnements favorables, participer à la détermination des orientations régionales et transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets.
Résultat observé au 31 mars 2010	Un total de 57 activités ou projets ont été réalisés dans la région en 2009–2010. Briser l'isolement des parents et socialiser est l'objectif poursuivi pour un peu plus du quart des activités ou projets. À cet objectif, s'ajoute celui de la promotion de loisirs et des ressources du territoire et des activités ou projets liés à la sécurité alimentaire. Des études de besoins auprès de la clientèle sont prévues pour Basse-Ville, Vanier et Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge–L'Ancienne-Lorette–Saint-Augustin-de-Desmaures en 2010-2011.

Le nombre d'activités est demeuré stable depuis l'an dernier. Une attention particulière est apportée à l'isolement des parents et à leur socialisation. Les résultats des travaux provinciaux sur la composante du soutien à la création d'environnements favorables permettront de réviser les orientations dont la région de la Capitale-Nationale s'est dotée en septembre 2006 (travail conjoint DRSP et CSSS).

2.14 Habitudes de vie et maladies chroniques

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Objectif	Participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).
Résultat attendu	Augmenter le taux de participation de 1 %, soit 65,8 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	66,8 % (au 31 décembre 2009, donnée la plus récente).

En 2009-2010, l'objectif visé par l'entente de gestion pour la région, soit d'augmenter le taux de participation de 1 % (65,8 %), a été atteint et la région a même fait un gain de 2 % de 2008 (64,8 %) à 2009 (66,8 %). Trois sous-territoires des CSSS ont même atteint la cible du programme, soit un taux de participation de 70 %, et deux autres dépassent 69 %.

Au total, 4 615 femmes ont été jointes lors d'activités de sensibilisation/mobilisation communautaire effectuées dans les territoires de CSSS (projets locaux), la plupart de ces femmes étant de milieux défavorisés et difficiles à rejoindre. Il y a aussi eu distribution de matériel promotionnel à plusieurs employées et intervenantes de CSSS dans des kiosques d'information ou lors de réunions d'équipe des services courants. En milieu de travail (fonction publique, compagnies d'assurances, institutions financières, etc.), 922 employées ont été sensibilisées au dépistage du cancer du sein.

Dans les centres de dépistage désigné (CDD) publics des CSSS de Portneuf et de Charlevoix, des mesures ont permis de respecter les délais d'accès à la mammographie de dépistage (norme de 30 jours ouvrables).

Enfin, divers organismes et artistes de la région ont participé à un concours d'œuvres d'art visant à illustrer des signets remis aux femmes invitées à participer au PQDCS. Les œuvres des trois gagnantes et celles de six autres artistes ayant reçu une mention du jury de sélection ont été dévoilées lors d'un vernissage.

Centre d'abandon tabagique (CAT)

Objectifs	Préservation des services d'intervention individuelle et de groupe en cessation tabagique ainsi que la formation en intervention brève au personnel du CSSS. Participation aux travaux d'harmonisation des données individuelles et de groupes en cessation tabagique.
Résultat attendu	Transmettre à l'Agence le nombre de fumeurs rejoints par les services de cessation tabagique et le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève.
Résultat observé au 31 mars 2010	289 personnes ont bénéficié des services individuels dans les CAT; 135 personnes ont bénéficié des services de groupes dans les CAT.

Le taux de fréquentation des utilisateurs pour les services de cessation tabagique sur la scène régionale, par l'intermédiaire des CAT, est en diminution depuis les dernières années. Cette baisse correspond à la baisse du taux de prévalence des fumeurs dans la région. Le noyau dur de fumeurs à joindre est composé de clientèles spécifiques, notamment les jeunes, les femmes enceintes, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, etc. Ces clientèles spécifiques utilisent peu les services offerts actuellement par les CSSS. Il est intéressant de souligner que le CSSS de Portneuf a doublé, comparativement à l'an dernier, le nombre de personnes ayant utilisé les services de cessation individuels des CAT.

Afin de joindre les fumeurs correspondant aux clientèles spécifiques désignées, une évaluation de l'usage et de la satisfaction des fumeurs à l'égard des services de cessation dans les CAT de la région de la Capitale-Nationale sera réalisée en 2010-2011; l'organisation régionale des services d'aide à la cessation tabagique sera revue en conséquence.

Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

	Implantation du « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » selon les orientations 2006-2009, lesquelles ont pour effet d'ajouter la clientèle des jeunes à celle des adultes, et d'y inclure la famille et les communautés, en particulier les personnes vivant en contexte de vulnérabilité.
Objectifs	Participation à la mobilisation régionale/locale sur les habitudes de vie, la gestion du poids et la santé en assurant la réalisation des différents volets du programme, principalement auprès du milieu scolaire, du milieu municipal, du milieu de la santé (CSSS). Réalisation des liens intra-CSSS avec le dossier « *École en santé* ».
Résultat attendu	■ Assurer une offre de service à 40 % des établissements scolaires et transmettre à l'Agence le nombre d'établissements rejoints et le nombre de personnes (jeunes et adultes) ainsi que les activités réalisées. Cette offre de service devra faire les liens avec les programmes de prévention tabac, alimentation et activité physique en place auprès des jeunes et, le cas échéant, en faire la promotion; ■ Assurer une offre de service à 10 % des municipalités et transmettre à l'Agence la liste des municipalités rejointes et les activités réalisées; ■ Assurer une offre de service aux CSSS (volet Employés) et rejoindre 10 % des sites; transmettre à l'Agence le nom des sites rejoints, le nombre de personnes et les activités réalisées; ■ Assurer l'accompagnement auprès des professionnels de la santé des CSSS, en particulier ceux des services courants, des cliniques jeunesse et les infirmières scolaires afin d'introduire le counseling bref sur les habitudes de vie à 90 % d'entre eux et transmettre à l'Agence le nombre de personnes rejointes et les activités réalisées; ■ Assurer les liens entre le CSSS et le délégué médical de prévention concernant les actions qui visent les médecins en cabinets privés et d'autres groupes de professionnels de la santé, et transmettre la liste des activités réalisées; ■ Assurer la réalisation d'activités concernant les cibles prioritaires établies dans le volet Actions environnementales et participer aux travaux de la mobilisation régionale/locale; transmettre à l'Agence la liste des activités réalisées.

Résultat observé au 31 mars 2010	Milieu scolaire : Toutes les commissions scolaires (excepté Central Québec) ont bénéficié des services offerts par les ressources 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION des CSSS. À l'échelle régionale, 33 % des écoles ont été jointes. Les CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont joint 100 % de leurs écoles primaires et secondaires. Les CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale ont joint respectivement 17 % et 22 % des écoles de leur territoire. Milieu de la santé : La grande majorité des CSSS ont bénéficié des services offerts par leurs propres ressources 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Par contre, les pratiques cliniques préventives n'ont pas été développées auprès des employés des CSSS; Concernant les professionnels de la santé en cabinets privés, en GMF et en cliniques-réseau, le délégué médical de prévention a réalisé 156 rencontres auprès des professionnels de ces milieux. Sept formations de groupe (3 sur le système de soin appliqué à l'hypertension artérielle, 2 sur la validation et la calibration des tensiomètres, 1 sur les habitudes de vie et les maladies cardiovasculaires et 1 sur la santé osseuse) ont été offertes aux médecins des milieux ciblés. Autres milieux : Plus d'une soixantaine d'autres milieux (organismes communautaires, entreprises privées et publiques, secteur commercial, artistique et des loisirs) ont bénéficié des services offerts par les ressources 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION des CSSS.

L'année 2009-2010 fut une année de transition et d'imprévus. Les responsables régionaux et locaux du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ont amorcé une démarche de définition d'objectifs et d'indicateurs précis qui permettront d'intensifier les liens avec les objectifs du Plan d'action gouvernemental en saines habitudes de vie et de réaliser des interventions et des suivis plus intenses et efficaces. Toutefois, ces nouvelles orientations entraîneront des réajustements dans les façons d'intervenir régionalement et localement.

La gestion de la grippe A(H1N1) et de la vaccination peut expliquer en partie les résultats atteints cette année, notamment pour ce qui est du nombre d'écoles jointes.

L'absence d'intervention en pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des professionnels des établissements des CSSS peut s'expliquer en partie par le contexte occasionné par la grippe A(H1N1) et par le manque de temps ressources. Pour intervenir au niveau des PCP, les CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's ont accepté d'implanter le projet PCP–habitudes de vie–maladies chroniques qui leur permettra de déployer des mesures favorisant l'adoption de PCP dans la pratique des professionnels.

Du côté municipal, les résultats obtenus dépassent largement les attentes signifiées.

De façon générale, les actions éducatives sont encore prépondérantes par rapport aux actions environnementales. Les nouvelles orientations permettront de rehausser l'intensité dédiée aux actions environnementales. L'arrimage du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION avec *Québec en forme* et l'approche *École en santé* s'est amorcé par l'entremise des actions prioritaires : déplacements actifs et sécuritaires, aménagement et animation de la cour d'école, offre alimentaire saine et absence de fumée de tabac dans l'environnement.

Finalement, à l'automne 2010, les partenaires de la Mobilisation déposeront, à la Société de gestion de fonds–volet Financement régional en habitudes de vie, un projet régional. Ce projet explorera la faisabilité d'utiliser la valeur ajoutée qu'est le développement durable pour soutenir et outiller les acteurs locaux et régionaux en saines habitudes de vie, afin de leur permettre de rehausser l'intensité des actions réalisées.

2.15 Maladies infectieuses

VIH/SIDA, VHC et ITSS

Objectif	Activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants des Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC).
Résultat attendu	1 050 activités de dépistage.
Résultat observé au 31 mars 2010	1 141 activités de dépistage.
Objectif	Activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP (CSSS mission CLSC).
Résultat attendu	700 activités de dépistage.
Résultat observé au 31 mars 2010	1 158 activités de dépistage.
Objectif	Activités de counseling post-test incluant les enquêtes épidémiologiques, dont l'Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP), des infections transmissibles sexuellement et syndromes cliniques associés (ayant pour cible la chlamydiose) auprès des clientèles jeunes et adultes faites par les intervenants des CSSS incluant SIDEP.
Résultat attendu	Toutes les activités de counseling post-test incluant l'enquête épidémiologique et l'IPPAP pour les cas d'infections transmissibles sexuellement et syndromes cliniques associés (ayant pour cible la chlamydiose) faites par les intervenants du CSSS à partir du 15 mai 2008 au 31 mars 2009.
Résultat observé au 31 mars 2010	989 IPPAP sur 1 415 cas déclarés.

SIDEP, CSSS de la Vieille-Capitale

Pour ce qui est des activités réalisées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP, l'objectif de 1 050 activités de dépistage a été atteint. Selon les chiffres obtenus par I-CLSC, c'est 1 141 dépistages qui ont été faits auprès de la clientèle vulnérable, soit 9 % de plus que la cible visée. Le SIDEP, sous la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, a dispensé ses services dans les sites de Haute-Ville–Des-Rivières et de Basse-Ville–Limoilou–Vanier.

Quant à l'objectif touchant l'intervention dans les milieux de vie de la clientèle hautement à risque d'ITSS, soit celle jointe par les intervenants hors des murs du SIDEP, celui-ci a largement été dépassé avec un total de 1 158 dépistages réalisés, soit un dépassement de 65 %. Prendre note qu'un virage hors site s'inscrit dans les orientations ministérielles et les priorités régionales d'un rapprochement des services vers les clientèles vulnérables.

Counseling post test/IPPAP, tous les CSSS

Depuis mai 2009, les enquêtes épidémiologiques, dont l'IPPAP de tous les cas de chlamydiose génitale, sont effectuées par des infirmières en CSSS. Prendre note que le service a été interrompu entre le 26 octobre 2009 et le 18 janvier 2010 dans le cadre du projet de mobilisation pour la pandémie. Ainsi, les données recueillies nous permettent d'estimer le nombre d'IPPAP à 989 sur 1 415 cas de chlamydiose déclarés, ce qui correspond à un taux d'atteinte de l'objectif à 70 %, excellent compte tenu du contexte pandémique et du début tardif d'un CSSS dans le projet.

Les interventions effectuées auprès des personnes atteintes de chlamydiose (cas-index) ont contribué à l'augmentation du dépistage chez les partenaires le plus souvent asymptomatiques, ce qui permet d'expliquer une augmentation du taux de chlamydiose se situant autour de 20 %.

De plus, 60 infirmières ont bénéficié de l'offre de formation du réseau en ITSS (Dépistage et IPPAP) en 2009-2010. Outre le SIDEP, des activités de dépistage et d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) sont maintenant réalisées par les infirmières dans différents programmes en CSSS (services courants, cliniques jeunesse, milieux scolaires). L'utilisation des ordonnances collectives de traitement (chlamydia) par les infirmières favorise également l'IPPAP.

2.16 Traumatismes non intentionnels

Prévention des chutes chez les personnes âgées

Objectif	Implantation d'un programme de prévention des chutes pour le volet Interventions multifactorielles non personnalisées (programme ÉquiLIBRE).
Résultat attendu	Le nombre minimal de groupes à rejoindre est de 39.

Prévention des chutes chez les personnes âgées (suite)

Résultat observé au 31 mars 2010	67 groupes ont été constitués, dont 47 avec la durée adéquate de 12 semaines et la fréquence adéquate de 2 fois par semaine. Nombre de groupes par CSSS (nombre de groupes avec durée et fréquence adéquates) : ■ CSSS de Charlevoix : 11 groupes (10 gr.); ■ CSSS de Portneuf : 12 groupes (12 gr.); ■ CSSS de Québec-Nord : 18 groupes (8 gr.); ■ CSSS de la Vieille-Capitale : 24 groupes (16 gr.); ■ Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's : 2 groupes (1 gr.).
Objectif	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes en soutien à domicile (SAD) et ayant bénéficié d'une intervention en prévention des chutes.
Résultat attendu	Le nombre minimal est de 382.
Résultat observé au 31 mars 2010	272 personnes ont été dépistées, 171 d'entre elles ont bénéficié du processus complet, soit dépistage, évaluation et intervention en prévention des chutes. Nombre d'aînés par CSSS (nombre d'aînés avec processus complet) : ■ CSSS de Charlevoix : 15 personnes (8 pers.); ■ CSSS de Portneuf : 32 personnes (1 pers.); ■ CSSS de Québec-Nord : 59 personnes (0 pers.); ■ CSSS de la Vieille-Capitale : 165 personnes (162 pers.); ■ Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's : 1 personne (0 pers.).

Interventions multifactorielles non personnalisées

En raison de la campagne de vaccination de l'automne 2009, plusieurs groupes ÉquiLIBRE ont dû cesser leurs activités. Mis à part cet événement, l'implantation du programme ÉquiLIBRE va bien, puisque 67 groupes ont été constitués en 2009-2010. Une majorité de groupes ÉquiLIBRE offre désormais ce programme à la fréquence prescrite de deux fois par semaine. Seulement quatre groupes cette année n'ont pas réussi à atteindre cette fréquence, ce qui représente une nette amélioration par rapport aux années passées. Il est à noter que le nombre minimal de groupes à joindre, fixé à 39, avait été établi en 2008-2009 en fonction d'un budget alloué partiellement (7/12) cette année-là. La cible a été reconduite en 2009-2010, mais pourrait être rehaussée en 2010-2011 à sa vraie valeur, c'est-à-dire 72 groupes. Les CSSS démontrent bien leur capacité d'implanter un tel nombre de groupes par les résultats atteints cette année, d'autant plus que le financement récurrent est alloué en totalité depuis 2009-2010. Pour 2010-2011, tous les milieux semblent s'être dotés de conditions de réussite, laissant espérer que l'objectif de 72 groupes ÉquiLIBRE sera atteint. Finalement, il importe de poursuivre le déploiement de ce programme dans la communauté pour continuer à améliorer l'accessibilité aux aînés ciblés. La désignation d'une personne responsable de ce projet au sein de chaque CSSS en facilitera la mise en œuvre.

Par ailleurs, le programme PIED est aussi déployé sur l'ensemble des territoires de la région. En 2009-2010, la cible visée de 22 groupes a été dépassée, car ce sont 24 groupes qui ont été offerts aux

personnes âgées de la communauté par certains organismes communautaires, loisirs municipaux et habitations à loyer modique (HLM).

Voici la répartition par territoire de CSSS :

- CSSS de Charlevoix : 2 groupes;
- CSSS de Portneuf : 6 groupes;
- CSSS de Québec-Nord : 4 groupes;
- CSSS de la Vieille-Capitale : 12 groupes.

Pour 2010-2011, la cible visée est d'offrir minimalement 22 groupes, en expérimentant une itinérance pour certains groupes afin de favoriser un renouvellement de la clientèle participant à ce programme.

Interventions multifactorielles personnalisées

En 2009-2010, ce sont 272 personnes qui ont été jointes au SAD pour la prévention des chutes, dont 171 individus qui ont réellement bénéficié d'interventions multifactorielles. Bien qu'ils n'atteignent pas encore les cibles fixées, les CSSS de la Vieille-Capitale et de Charlevoix se démarquent par une nette progression du nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'un processus complet en prévention des chutes (dépistage, évaluation, intervention). Pour les CSSS de Portneuf, de Québec-Nord et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint Brigid's, les étapes de repérage et dépistage sont bien implantées. Par contre, on y note des difficultés pour la réalisation des étapes subséquentes d'évaluation et d'intervention. Leur défi pour l'année 2010-2011 consistera à former des équipes ressources multidisciplinaires complètes, afin que chacun des facteurs de risque ciblés soit évalué et que, pour chacun d'eux, une intervention en prévention des chutes par un professionnel puisse être réalisée. L'ensemble des CSSS et l'Hôpital Jeffery Hale–Saint-Brigid's doivent augmenter considérablement le nombre de personnes jointes pour ce volet afin d'atteindre la cible régionale de 382 individus.

2.17 Pauvreté, développement social et des communautés

Analyse milieu : Portrait de la défavorisation

Objectif	Actualiser et diffuser des portraits de défavorisation des territoires à partir des données de recensement de 2006; identification, expérimentation et déploiement des indicateurs de développement du potentiel des communautés.
Résultat attendu	■ Mettre à jour les données sur la défavorisation et actualiser les portraits de défavorisation des territoires; ■ Diffuser les portraits de défavorisation des territoires; ■ Identifier des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement du potentiel des communautés et les expérimenter dans quelques territoires de communautés locales.
Résultat observé au 31 mars 2010	■ Mise à jour des données de défavorisation à partir des données de recensement de 2006 débutée, mais non terminée; ■ Diffusion des portraits réalisés à partir des données de recensement de 2001; ■ Identification des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement du potentiel des communautés non réalisée.

Les travaux du comité analyse de milieu (CAM-03) ont porté sur la mise à jour et l'actualisation des portraits de défavorisation, en utilisant l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon et

Raymond. La Direction régionale de santé publique (DRSP) a fourni les taux à l'échelle des territoires de CLSC, des CSSS, de la région et du Québec. Toutefois, la DRSP se retire du calcul des taux à l'échelle des quartiers et des aires de diffusion (AD) pour les six indicateurs en raison de limites méthodologiques et éthiques importantes. Par ailleurs, la DRSP entend fournir de la formation pour bâtir l'analyse à partir des cartes de défavorisation et des changements observés entre la version 2001 et 2006.

Les statistiques pour les trois indicateurs supplémentaires (effort au logement, mobilité résidentielle, population sous le seuil de faible revenu) seront fournies sur la base des territoires de CLSC ainsi que des CSSS, de la région et du Québec.

Le CAM-03 a repoussé au prochain recensement de 2011 la démarche visant à procéder à la définition d'indicateurs du développement du potentiel des communautés. Nous éprouvons présentement des difficultés à obtenir des données sociosanitaires essentielles à la démarche de catégorisation des communautés. Le CAM-03 s'en tient à découper le territoire en communautés locales (population de plus ou moins 5 000 personnes).

Analyse milieu : Approche territoriale intégrée

Objectif	Contribuer à l'implantation de l'Approche territoriale intégrée (ATI) sur le territoire.
Résultat attendu	Participer aux mécanismes et travaux touchant l'implantation de l'ATI dans les zones identifiées.
Résultat observé au 31 mars 2010	Les quatre CSSS ont participé aux mécanismes et aux travaux des comités locaux ATI.

Concernant l'implantation de l'approche territoriale intégrée (ATI), cinq territoires de la région de la Capitale-Nationale ont, pour l'instant, été retenus pour bénéficier d'une aide provenant de l'Entente spécifique sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'agit des MRC de Charlevoix-Est et de Portneuf, de l'arrondissement de Limoilou ainsi que des quartiers Giffard-Montmorency et Saint-Sauveur. D'autres territoires présentant un degré de défavorisation élevé pourraient éventuellement s'ajouter.

Tous les CSSS siégeant aux comités locaux ATI ont participé à l'élaboration des portraits de communauté et à l'élaboration des plans d'action.

Formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire à l'intention des organismes communautaires et caritatifs

Objectif	Dispenser de la formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire auprès des gestionnaires et des manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs.
Résultat attendu	■ Avoir complété la formation d'ici mars 2010 auprès des gestionnaires des organismes communautaires et caritatifs faisant de l'aide alimentaire du territoire; ■ Avoir assuré la formation auprès des manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs du territoire qui en ont fait la demande.
Résultat observé au 31 mars 2010	■ La formation des gestionnaires est terminée pour les CSSS de Charlevoix et de Portneuf; ■ La formation des gestionnaires a atteint près de 80 % des organismes pour les deux autres CSSS en juin 2010.

Dans le cas du CSSS de la Vieille-Capitale, au cours de l'année 2009-2010, les gestionnaires de 59 % des organismes communautaires ont reçu une formation. D'ici juin 2010, 84 % des organismes devraient avoir reçu cette formation. En ce qui a trait à la formation des manipulateurs d'aliments, les secteurs Haute-Ville–Des-Rivières ont joint 12 % des organismes, Sainte-Foy–Sillery–Laurentien 20 % des organismes et Basse-Ville–Limoilou–Vanier 5 % des organismes.

Pour ce qui est du CSSS de Québec-Nord, 80 % des organismes ont reçu la formation de gestionnaires avant avril 2010 et 22 %, la formation des manipulateurs d'aliments.

Au CSSS de Portneuf, 33 % des organismes ont reçu la formation de manipulateurs d'aliments et 25 % l'ont reçue au CSSS de Charlevoix.

2.18 Perte d'autonomie liée au vieillissement

Services de soutien à domicile

Objectif	Compléter les travaux entourant les biens livrables de l'entente multipartite et en assurer le déploiement en partenariat avec les établissements du réseau.
Résultat observé au 31 mars 2010	Non disponible.

L'entente multipartite vise l'intégration des services aux personnes âgées. À cette fin, elle donne aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) le rôle de coordonner le processus de retour dans la communauté de la clientèle occupant un lit de soins de courte durée, afin de l'orienter et d'assurer sa prise en charge par les services appropriés.

Jusqu'à maintenant, sept biens livrables ont été déposés et sont en application dans les établissements. Les travaux de l'entente multipartite se termineront en 2010-2011.

Objectif	Poursuivre les travaux pour la mise en place d'un guichet unique réseau.
Résultat observé au 31 mars 2010	Reddition de comptes à faire en 2010-2011.
Objectif	Poursuivre la révision des rôles attendus des intervenants dans le secteur psychosocial des services de 1re, 2e et 3e lignes en lien avec l'offre de service et le nouveau rôle du travailleur social réseau.
Résultat observé au 31 mars 2010	Reddition de comptes à faire en 2010-2011.

Objectif	Compléter la formation des intervenants et actualiser l'utilisation des profils Iso-SMAF dans la détermination des trajectoires de service aux PAPA.
Résultat observé au 31 mars 2010	Reddition de comptes à faire en 2010-2011.
Objectif	Réaliser la mise en opération du nouveau cadre de référence des équipes de consultation spécialisées de gériatrie et de psychogériatrie.
Résultat observé au 31 mars 2010	Reddition de comptes à faire en 2010-2011.

Pour l'ensemble de ces objectifs, les actions sont en cours et se poursuivront dans le cadre du plan d'action 2010-2011 de la Planification stratégique régionale 2010-2015. En conséquence, une reddition de comptes sera produite à la fin de l'année 2010-2011.

Objectif	Poursuivre l'enregistrement aux SAD des CSSS des personnes vivant en résidences privées dans le cadre de la certification de ces dernières.
Résultat observé au 31 mars 2010	L'Agence, en collaboration avec les CSSS de la région, s'est assurée de l'avancement des démarches et de l'harmonisation des pratiques conformément aux exigences stipulées par le Règlement. Un comité régional de suivi de la certification a été mis en place à cet effet.

L'application des articles 15 et 22 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, stipule que les établissements CSSS (CLSC) doivent, pour permettre la délégation des activités de soins invasifs et d'administration de médicaments à des non-professionnels, le faire dans le cadre du programme de soutien à domicile et donc inscrire au SAD les personnes concernées par ces activités de soins.

2.19 Déficience physique

Plan d'accès – CSSS

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau priorité élevée en déficience physique : proportion d'enfants ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 33 jours. Objectif 90 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	9,7 % (4sur 41) des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

L'année 2009 a été une année charnière dans la mise en place des services par les programmes en déficience intellectuelle (DI), déficience physique (DP) et trouble envahissant du développement en CSSS. C'est à la troisième année du plan d'accès que les établissements ont reçu un budget de développement leur permettant d'embaucher des ressources. Avec l'arrivée du plan d'accès, les CSSS ont dû structurer leur offre de services en fonction des clientèles DI-DP et trouble envahissant du développement, afin de leur offrir des services de première ligne. Le partage entre les services de première et de deuxième ligne n'est d'ailleurs pas entièrement complété dans notre région. De plus, la saisie des données dans I-CLSC ne s'est pas faite sans difficulté. Un petit groupe de travail s'est penché sur la question afin de trouver des solutions permettant de saisir des données valides, qui reflétaient les délais d'accès réels. Un ensemble de facteurs vient donc affecter les résultats globaux des délais d'accès pour l'année 2009-2010. Le pourcentage réel des délais d'accès sera plus facile à évaluer à la fin de la prochaine année financière.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgente en déficience physique : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 72 heures. Objectif : 100 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	65,4 % (36 sur 55) des demandes de priorité urgente sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

L'explication est la même que pour l'indicateur précédent. Cependant, l'Agence signale que des efforts ont été concentrés sur la réponse aux demandes urgentes. De plus, un travail d'harmonisation de la priorisation des demandes a été fait à la fin de 2009 et au début de 2010, car une très grande majorité des données étaient invalides.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevée en déficience physique : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 33 jours. Objectif : 75 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	44,6 % (54 sur 121) des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

Les explications sont les mêmes que pour les deux indicateurs précédents.

Services spécialisés

Objectif	Atteindre 52,4 heures de prestation de services par usager en déficience motrice.
Résultat observé au 31 mars 2010	57,9 heures par usager.

La cible est atteinte par l'établissement (IRDPQ), celui-ci rapportant que des efforts particuliers ont été faits pour augmenter l'intensité des services pour les clientèles atteintes d'une maladie neuromusculaire, pour les grands brûlés, ainsi que pour la clientèle nécessitant des aides à la communication.

Objectif	Atteindre 17,7 heures de prestation de services par usager en déficience visuelle.
Résultat observé au 31 mars 2010	20,3 heures par usager.

La cible a été dépassée par l'établissement. Dans ce secteur également, un effort particulier a été fait pour augmenter l'intensité des services offerts pour certaines clientèles, dont la clientèle atteinte d'une déficience visuelle.

Objectif	Atteindre 34,6 heures de prestation de services par usager en déficience auditive.
Résultat observé au 31 mars 2010	30,8 heures par usager.

La cible n'a pas été atteinte puisque ce secteur à connu des difficultés de recrutement de personnel. L'embauche de professionnels maîtrisant la langue des signes québécoise (LSQ) pose un défi de taille pour l'établissement.

Objectif	Atteindre 74,4 heures de prestation de services par usager en déficience du langage et de la parole.
Résultat observé au 31 mars 2010	57,7 heures par usager.

Dans les programmes en déficience du langage, l'établissement a fait des efforts importants pour répondre à l'augmentation de la clientèle. Une réorganisation du travail ainsi que l'ajout de ressources humaines ont permis de voir 54 usagers de plus que la cible, tout en tentant de se conformer aux délais du plan d'accès. Cependant, compte tenu du volume de clientèle et des ressources en place, la cible de 74,4 heures par usager semble difficilement atteignable.

Plan d'accès – Centre de réadaptation

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevée en déficience physique. Proportion d'enfants ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 97 jours. Objectif : 90 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	66,47 % des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais.

Plus des deux tiers des délais d'accès sont respectés ou dépassés pour les clientèles enfants-adolescents. Cependant, les programmes en dysphasie, en développement de l'enfant et en aide à la communication connaissent une augmentation importante de la demande se répercutant sur les délais d'accès. Ces programmes tentent de donner le niveau d'intensité attendu par les ententes de gestion (74,4 heures / usager), dans un délai balisé. Selon l'établissement, ces deux mesures combinées occasionnent une pression importante sur les équipes.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgente en déficience physique : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 72 heures. Objectif : 100 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	Pas de demandes de priorité urgente.

En centre de réadaptation, la notion d'urgence n'existe pratiquement pas. Cette mesure est plus adaptée à la réalité hospitalière ou de première ligne.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevée en déficience physique : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 97 jours. Objectif : 75 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	97,42 % des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais.

La cible a été atteinte par l'établissement.

Délais d'accès aux soins de réadaptation fonctionnelle intensive

Objectif	Assurer une prise en charge, dans un délai maximum de 72 heures après la date d'admissibilité des usagers en provenance des centres hospitaliers de soins de courte durée de la Capitale-Nationale et requérant des soins de réadaptation fonctionnelle intensive, tant à l'interne (URFI) qu'à l'externe. Objectif : 100 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	Délais spécifiques en provenance du CHA : Pour 280 dossiers (3 jours = 72 heures). Délais des autres CH : Pour 37 dossiers (4 jours = 96 heures).

Pour la très grande majorité des usagers, provenant du CHA, les délais d'accès sont respectés. Pour les clientèles blessées médullaires, amputées et les traumatisées craniocérébraux, les délais sont normalement respectés comme le prévoient les ententes. La clientèle étant actuellement au cœur d'une problématique particulière est celle des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) à l'unité des encéphalopathies. On note une nette progression du nombre de personnes traitées pour un AVC au CHA depuis environ trois ans. De plus, puisque ces usagers présentent un profil plus âgé, la réadaptation se conclut dans un pourcentage important par une demande d'hébergement en institution. Par conséquent, plusieurs lits en URFI sont occupés par des personnes en attente d'hébergement, pour qui la réadaptation fonctionnelle intensive est complétée. Ces lits « bloqués » limitent le nombre d'admissions possibles pour de nouveaux usagers, qui occupent à leur tour des lits au CHA. Cette problématique prenant de l'ampleur, une rencontre avec les acteurs concernés aura lieu à l'Agence sous peu.

Concernant les usagers en provenance des autres CH de la région, on remarque que les délais sont plus longs. Bien que ce résultat s'applique à un plus faible pourcentage de clientèle, l'IRDPQ devra faire l'effort d'améliorer l'accès donné à ces usagers de façon à harmoniser les délais pour l'ensemble de la région.

2.20 *Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement*

Plan d'accès – CSSS

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevée en DI-TED : proportion d'enfants ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 33 jours. Objectif : 90 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	40 % (12 sur 30) des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

Les services étant offerts par les mêmes équipes, les explications apportées pour les délais d'accès concernant les clientèles en déficience physique s'appliquent aux clientèles en DI-TED.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgente en DI-TED : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 72 heures. Objectif : 100 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	30,4 % (7 sur 23) des demandes de priorité urgente sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

Les services étant offerts par les mêmes équipes, les explications apportées pour les délais d'accès concernant les clientèles en déficience physique s'appliquent aux clientèles en DI-TED.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevée en DI-TED : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 33 jours. Objectif : 75 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	40,6 % (26 sur 64) des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais. Note : Cette activité était en phase de pilotage en 2009-2010 pour l'inscription correcte dans le système d'information des établissements.

Les services étant offerts par les mêmes équipes, les explications apportées pour les délais d'accès concernant les clientèles en déficience physique s'appliquent aux clientèles en DI-TED.

Plan d'accès – Centre de réadaptation

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevée en DI-TED : proportion d'enfants ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 97 jours. Objectif : 90 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Québec : 58,8 % des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais; CSSS de Charlevoix : 100 %.

Source : GESTRED

Les résultats de l'année 2009-2010 sont généralement excellents en ce qui a trait à l'accès aux services de réadaptation pour ces clientèles. Cependant, les données présentées sont influencées à la baisse par le mode de calcul de l'indicateur qui tient compte de tous les cas depuis le début du plan d'accès en novembre 2008. Or, la première année est caractérisée par des ajustements importants, particulièrement pour les services offerts aux clientèles en trouble envahissant du développement. Depuis, des mesures correctives majeures ont été prises par le CRDI de Québec, ce qui a permis d'atteindre 100 % des demandes de priorité élevée pour l'an 2 du plan d'accès.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgente en DI-TED : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 72 heures. Objectif : 100 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	CRDI de Québec : Pas de demande urgente; CSSS de Charlevoix : Pas de demande urgente.

La mise en priorité urgente est très rare, voire impossible, dans la nature des services offerts en réadaptation de deuxième ligne. On trouve majoritairement des demandes urgentes en centre hospitalier ou dans les services de première ligne.

Objectif	Respecter le délai d'accès aux services en centre de réadaptation pour les personnes de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevée en DI-TED : proportion des personnes ayant reçu un premier service en lien avec leur besoin prioritaire dans un délai maximum de 97 jours. Objectif : 75 %.
Résultat observé au 31 mars 2010	CRDI de Québec : 100 % (7 cas sur 7) des demandes de priorité élevée sont traitées dans les délais; CSSS de Charlevoix : 100 %.

2.21 Dépendances

Services de première ligne

Objectif	Déposer une offre de service de 1re ligne en dépendances (toxicomanie et jeu pathologique) incluant une politique de détection et d'intervention précoce pour les clientèles à risque d'éprouver des problèmes de dépendance.
Résultat observé au 31 mars 2010	Reddition de comptes à faire en 2010-2011.

Pour cet objectif, les actions sont en cours et se poursuivront dans le cadre du plan d'action 2010-2011 de la Planification stratégique régionale 2010-2015. En conséquence, une reddition de comptes sera produite à la fin de l'année 2010-2011.

Équipes de liaison spécialisée dans les urgences

Objectif	Nombre de personnes rencontrées, évaluées et / ou orientées par les équipes de liaison spécialisées en dépendances dans les urgences du CHUL, de l'Hôpital l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Objectif : 1 300 personnes.
Résultat observé au 31 mars 2010	Pour l'exercice financier 2009-2010, le nombre de personnes rencontrées, évaluées ou orientées par les équipes de liaison en dépendances est de 1519.

Il s'agit d'une augmentation de 486 personnes par rapport au point de départ (1 033) et de 219 personnes par rapport à la cible (1 300).

2.22 Santé mentale

Santé mentale jeunesse

Objectif	Réaliser, de concert avec les établissements concernés, le bilan de l'implantation du secteur de la santé mentale jeunesse.
Résultat observé au 31 mars 2010	Démarche réalisée en collaboration avec les établissements en mars et avril 2010; Rencontre bilan avec le MSSS réalisée le 7 avril 2010. Le bilan régional d'implantation sera déposé en juin 2010.

Les mesures prévues pour les jeunes au plan d'action en santé mentale sont réalisées ou en voie de l'être. Ainsi, tous les CSSS disposent d'un guichet d'accès aux services en santé mentale, dont la réponse au client est habituellement donnée dans les 7 jours et l'accès à un traitement est fourni en moins d'un mois. De plus, un projet d'entente est sur le point d'être conclu pour les services du pédopsychiatre répondant dans les CSSS et au Centre jeunesse de Québec (CJQ) et les fournisseurs de services de deuxième ligne ont consolidé les services de traitement spécialisés. Enfin, les équipes de deuxième niveau du CJQ ont été mises en place.

La présence du pédopsychiatre répondant en première ligne constitue un enjeu majeur sur lequel repose en grande partie le succès du modèle actuel d'organisation de service en santé mentale.

3. *Autres résultats d'importance*

Les activités menées par l'Agence ne se limitent pas à celles prévues dans l'entente de gestion et d'imputabilité et dans les ententes administratives qu'elle a conclues avec le Ministère. D'autres activités conduisent à des résultats dont il convient de rendre compte dans le présent rapport.

3.1 Planification stratégique régionale 2010-2015

Comme le prévoit l'article 346.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence sera en mesure de déposer au Ministère, le 30 juin 2010, la planification stratégique 2010-2015.

En effet, dès juin 2009, l'Agence a proposé aux établissements de la région un processus de travail visant à assurer une plus grande cohérence entre la planification stratégique ministérielle, celle de la région et celles des établissements. Les établissements, de leur côté, s'engageaient dans ce processus par l'intermédiaire de résolutions de leurs conseils d'administration.

Dès décembre 2009, les établissements et l'Agence bénéficiaient d'un solide bilan 2004-2009 relativement à la performance du réseau de services. C'est, d'ailleurs, ce bilan qui aura servi à la présentation de l'Agence en commission parlementaire, en janvier 2010, pour sa reddition de comptes.

En janvier 2010, l'Agence a procédé à un sondage populationnel afin de mieux connaître l'appréciation et les attentes de la population en regard de fonctionnement du réseau régional. Les résultats du sondage ont été intégrés, comme données déterminantes, au processus de planification stratégique.

Au 31 mars 2010, l'Agence et les établissements de la région possédaient une lecture des principaux enjeux et des objectifs souhaités pour une planification stratégique 2010-2015. Une vision était établie autour du leitmotiv *Mission Capitale : L'accès aux services*, et cinq engagements étaient alors énoncés pour relever ce défi d'accès. Sur ces bases, des consultations se sont amorcées auprès des mécanismes de concertation régionaux, de même qu'auprès des équipes de direction et conseils d'administration des établissements.

3.2 Commission de la santé et des services sociaux

Le 2 février 2010, les représentants de l'Agence ont présenté le bilan 2005-2010 de leurs activités devant les membres de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec.

Parmi les principaux constats, le président-directeur-général notait, devant les membres de la Commission, les éléments suivants :

- Une amélioration importante au plan de l'accès à la chirurgie. Les listes de patients hors délai ont diminué de façon importante au cours des cinq dernières années. De façon générale dans la région, 95 % des personnes opérées ont eu un délai d'attente inférieur à 6 mois;
- La consolidation de la première ligne s'est poursuivie dans la région de la Capitale-Nationale : le nombre de GMF est passé de 13 à 26 au cours de la période de référence. De plus, le nombre de cliniques-réseau atteint maintenant le nombre de 7;
- En obstétrique, le nombre de naissances a crû de 28 % au cours des cinq années de référence;
- Les services à domicile pour les personnes âgées ont connu une hausse de 14 %;

- Des défis importants demeurent, notamment en santé mentale en ce qui a trait aux services de première ligne. De plus, les démissions de plusieurs psychiatres et la crise interne à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec en 2009 ont eu un impact sur les services offerts.

Par ailleurs, les représentants de l'Agence ont profité de leur passage devant la Commission des affaires sociales pour aborder les enjeux et perspectives couvrant les prochaines années. L'accès aux services demeure l'enjeu fondamental pour la région. Plus précisément, ces enjeux sont :

- L'accès à un médecin de famille et aux services de première ligne;
- L'accès aux services spécialisés;
- Le vieillissement de la population;
- Le défi du renouvellement de la main-d'œuvre;
- Le maintien de la population en santé.

Le bilan complet est disponible sur le site Web de l'Agence à l'adresse suivante :
http://www.rrsss03.gouv.qc.ca.

3.3 Plan d'action régional de santé publique 2009-2012

Le 18 juin 2009, le conseil d'administration de l'Agence a accepté le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. Ce plan fait suite à celui de 2004-2007 et s'inscrit donc en continuité des actions déjà entreprises depuis quelques années. Il permet de bien circonscrire le champ d'action de la santé publique, axé sur la promotion de la santé, la prévention et la protection, en précisant notamment des cibles d'action ainsi que les activités qui en découlent. Ces actions visent :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- L'amélioration des habitudes de vie et la diminution des maladies chroniques;
- La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes;
- L'amélioration du système de soins et de services et l'évaluation;
- La lutte à la pauvreté, le développement social et des communautés;
- La prévention et le contrôle des maladies infectieuses;
- La santé environnementale et la santé au travail.

La consultation des partenaires, préalable à son adoption, a permis de circonscrire quatre défis pour lesquels des actions soutenues devront être menées au cours des prochaines années. Ces défis consistent à : réduire les inégalités sociales de santé; renforcer la concertation intersectorielle dans la poursuite d'une vision intégrée des interventions de santé publique; améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux; favoriser l'intégration de pratiques cliniques préventives. Le directeur régional de santé publique, soutenu par la Table régionale de santé publique, assurera la détermination de pistes d'action pour relever ces défis et leur coordination.

La réalisation du plan d'action régional nécessite la collaboration de nombreux partenaires de la santé et des services sociaux, particulièrement des CSSS en vertu de leur responsabilité populationnelle, ainsi que des autres secteurs d'activité interpellés par des actions de santé publique. Le plan permet de coordonner les efforts de chacun en vue de réduire les problèmes de santé et les inégalités sociales de santé ainsi que les problèmes psychosociaux. Il vise la mise en oeuvre d'environnements favorables à la santé, et ce, tant pour les tout-petits, que les jeunes, les adultes et les aînés, et contribue ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Capitale-Nationale.

3.4 Vaccination contre l'influenza pandémique A(H1N1)

L'Agence a entamé sa mobilisation au printemps 2009 (début du mois de mai), lorsque les premiers cas de grippe A(H1N1) ont été détectés au Mexique et aux États-Unis. La phase de planification des activités a alors été amorcée, en vue d'une potentielle vaccination massive dans la région.

La décision de vacciner l'ensemble de la population ayant été prise par le ministère de la Santé et des Services sociaux en octobre 2009, l'Agence a enclenché, avec ses établissements, un processus destiné à assurer la vaccination aux plans des infrastructures, des ressources tant matérielles qu'humaines et des communications internes et externes. Ainsi, les quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Capitale-Nationale ont été mobilisés au premier chef afin de mettre en place des centres de vaccination massive qui allaient devenir les lieux névralgiques de l'opération. La mobilisation des ressources humaines du réseau a demandé des efforts considérables, alliant les facteurs complexes suivants : les horaires élargis pour le personnel, les sites diversifiés et la nouveauté de l'opération où plusieurs connaissances devaient être acquises de manière urgente, afin que l'offre de services soit optimale. La structure de sécurité civile a donc été activée à l'Agence, ce qui a permis de garantir un suivi adéquat avec chacun des établissements de la région : les secteurs de la santé physique avec les centres hospitaliers; les services sociaux avec toute l'infrastructure communautaire de la région; les ressources matérielles et informationnelles pour les aspects financiers et les liens avec le MSSS; les pharmacies pour la médication à offrir; la santé publique pour l'épidémiologie et l'opération de vaccination elle-même. Enfin, plusieurs moyens de communications exceptionnels ont été instaurés afin d'informer les citoyens des modalités de vaccination mises en place : envoi massif d'un feuillet, points de presse, conférences de presse, répertoire de ressources, site Web.

En décembre, la vaccination massive a pris fin, avec un taux de 61,2 % de personnes vaccinées dans la région de la Capitale-Nationale. À terme, plusieurs rencontres de bilan avec les partenaires du réseau ont permis de tirer des enseignements de cette expérience et d'en extraire les connaissances pouvant servir dans l'avenir du réseau de la santé.

Vaccins administrés par les CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2009-2010
Activités de vaccination pour la période du 2009-10-18 au 2009-12-18
Région – 03 – Capitale-Nationale – (niveau de détail CSSS)

Territoire	Nombre de vaccins administrés durant la période
CSSS de Charlevoix	20 893
CSSS de la Vieille-Capitale	192 975
CSSS de Portneuf	28 600
CSSS de Québec-Nord	177 319
Total	**419 787**

Activités de vaccination pour la période du 2009-10-18 au 2010-05-05
Région – 03 – Capitale-Nationale – (niveau de détail CSSS)

Territoire	Nombre de vaccins administrés durant la période	Cumulatif (début campagne)
CSSS de Charlevoix	21 029	21 029
CSSS de la Vieille-Capitale	195 049	195 049
CSSS de Portneuf	28 880	28 880
CSSS de Québec-Nord	178 338	178 338
Total	**423 296**	**423 296**

Note : On trouve dans ces tableaux les personnes vaccinées par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale, qu'elles résident sur le territoire du CSSS ou hors territoire

Les renseignements sur les personnes vaccinées proviennent du système d'information vaccinal A(H1N1)

Couverture vaccinale contre l'influenza pandémique A(H1N1)
Région de la Capitale-Nationale, 2009-2010

	Au 18 décembre 2009	Vaccinés 21 décembre 2009 à 11 h		Vaccinés 13 mai 2010 à 18 h	
Groupes	Population	Vaccinés pop r–03		Vaccinés pop r-03	
	ciblée	N	%	N	%
Enfants 6-59 mois	29 266	23 825	81%	24 008	82%
Jeunes 5-11 ans	40 733	32 353	79%	32 381	79%
Jeunes 12-17 ans	43 286	28 754	66%	28 874	67%
Adultes 18-64 ans	453 251	240 806	53%	243 805	54%
Adultes 65 ans +	115 239	83 990	73%	84 878	74%
Total	**681 775**	**409 728**	**60%**	**413 946**	**61%**

Notes : On trouve dans ces tableaux les personnes vaccinées par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale et uniquement celles qui résident dans la région. — Les dénominateurs ont été fournis par le Bureau de surveillance et de vigie, DPSP, MSSS (16 avril 2010). — L'estimation des effectifs de population par grands groupes d'âges pour la population de 6 mois ou plus au 18 décembre 2009 a été réalisée à partir des projections démographiques du 1er juillet 2009 et 2010, ISQ 2009. — Les renseignements sur les personnes vaccinées proviennent du système d'information vaccinal A(H1N1).

Source : Projections de population selon le territoire de RSS, le sexe et l'année d'âge, au 1er juillet, 2006 à 2031.

Diffusion : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010. – 2006 à 2031 : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009.

Surveillance des manifestions cliniques inhabituelles survenant après le vaccin A(H1N1)

Dans le cadre de la Loi sur la santé publique, les médecins et les infirmières ont déclaré au directeur régional de santé publique les manifestations cliniques graves ou inhabituelles survenues après la vaccination et pour lesquelles un lien avec le vaccin ne pouvait être exclu. De plus, une surveillance spéciale de tous les cas de syndrome de Guillain et Barré (SGB), mise en place en collaboration avec les neurologues a permis de s'assurer que le vaccin n'était pas associé à un risque accru de SGB.

Cette surveillance a mis en lumière une fréquence accrue de déclarations d'allergie et de problèmes neurologiques mineurs (ex. : picotements) par rapport au vaccin saisonnier sans que cela ne remette en question la sécurité du vaccin pandémique. Des études complémentaires sont en cours au niveau provincial pour mieux comprendre ces observations. Le rapport final sur la surveillance des SGB est à venir.

3.5 Politique pour une saine alimentation

En février 2010, l'Agence a adopté sa Politique pour une saine alimentation afin de répondre aux exigences du Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées : *Miser sur une saine alimentation.* Ce faisant, elle a été le premier établissement du réseau de la santé et des services sociaux de la province à adopter une politique conforme au cadre de référence et à la mettre en application. D'autre part, l'Agence soutient les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région, par l'entremise de la Direction régionale de la santé publique, dans leur processus de mise en œuvre de leur politique alimentaire.

3.6 Perceptions du milieu scolaire concernant l'animation et l'aménagement des cours d'école au primaire

La Direction régionale de santé publique rendait publique, en mars 2010, une étude intitulée *Perceptions du milieu scolaire concernant l'animation et l'aménagement des cours d'école, au primaire, dans la région de la Capitale-Nationale (2007-2008).* Il ressort de ce document que la plupart des écoles primaires étaient, au moment de la recherche, en processus d'élaboration ou de réalisation de projets d'aménagement dans la cour d'école. Parmi les principaux constats, on note que la majorité des directions d'école et des responsables de services de garde ignore l'existence de la norme volontaire et du *Guide sur les aires et appareils de jeux.* De plus, dans le tiers des cours d'école, personne ne procède à l'inspection annuelle détaillée des appareils de jeux et la formation à ce sujet fait défaut.

Si plusieurs stratégies d'animation sont utilisées dans les cours d'école durant les récréations, les titulaires font plus de surveillance que d'animation et le personnel du service de garde dispose de peu de temps pour planifier des activités d'animation. Enfin, la cour est le principal lieu de l'école où surviennent les manifestations de violence vécues par les élèves. Les principales recommandations invitent les directions d'école, le personnel des ressources matérielles des commissions scolaires et le personnel des services de garde à mettre en œuvre différentes mesures pour améliorer l'aménagement et l'animation des cours d'école, et ce, afin de favoriser la promotion des activités sécuritaires et animées en tout temps dans la cour d'école. Depuis, parmi les retombées de cette étude, notons que la Commission scolaire des Découvreurs et la Direction régionale de santé publique ont mis de l'avant un projet d'expérimentation avec cinq écoles primaires de son territoire.

3.7 *Prévenir l'augmentation des suicides et des homicides par arme à feu*

Le Directeur régional de santé publique a fait part à la population des dangers appréhendés d'une augmentation des suicides et des homicides par arme à feu advenant le démantèlement du registre des armes à feu créé par la Loi sur les armes à feu (C-68), soumis par le Gouvernement fédéral par son projet de loi C-391.

Le Directeur régional de santé publique, à l'instar de l'Institut national de santé publique du Québec et des autres directeur de santé publique du Québec, a rappelé que l'actuelle Loi sur les armes à feu (C-68) est efficace, que l'entrée en vigueur de la loi est associée à la réduction de 300 décès par année et que les armes à feu sont dangereuses pour tous.

3.8 *Abattage d'arbres : une activité à pratiquer en toute sécurité*

L'abattage d'arbres comporte des risques de blessures importants, voire mortels, s'il n'est pas pratiqué avec prudence. Le plus souvent, les victimes pratiquent l'abattage d'arbres occasionnellement et de manière non-professionnelle. Les décès surviennent principalement parce que les victimes sont écrasées par le tronc de l'arbre ou heurtées par une branche morte tombant de l'arbre.

Le Directeur régional de santé publique a informé la population des mesures permettant de pratiquer l'abattage d'arbres en toute sécurité. Il a rappelé que le ministère des Ressources naturelles et de la Faune remet systématiquement un feuillet d'information aux personnes qui demandent un permis d'abattage d'arbre pour le bois de chauffage sur les terres publiques. Il a aussi indiqué que le guide *Chicots de feuillus*, produit par la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec (CSST), donne des renseignements à ce propos.

3.9 *Loto-Québec et l'offre de jeu en ligne : la prévention doit primer sur l'offre*

À l'hiver 2010, le ministre des Finances, Monsieur Raymond Bachand et le président de Loto-Québec, Monsieur Luc Cousineau, annonçaient l'intention du gouvernement du Québec d'autoriser Loto-Québec à offrir des jeux en ligne. Le Directeur régional de santé publique, à l'instar de tous les autres directeurs de santé publique du Québec, a informé la population des dangers appréhendés de cette offre de jeu laquelle pourrait entraîner une augmentation significative des problèmes associés aux jeux d'argent.

Le Directeur régional de santé publique et les autres directeurs de santé publique ont recommandé au ministre Bachand de retarder le projet d'au moins un an afin de pouvoir en faire évaluer tous les impacts par un comité d'experts indépendants.

3.10 Utilisation d'explosifs générant du monoxyde de carbone (CO)

L'utilisation d'explosifs génère du monoxyde de carbone (CO), un gaz toxique indétectable par les sens. Ce CO peut migrer dans le sol, s'infiltrer dans les bâtiments adjacents aux chantiers et intoxiquer les occupants. Un accroissement marqué du nombre d'interventions liées à ce phénomène est observé depuis 2009, particulièrement dans la région de la Capitale-Nationale (9 cas dans la région sur 18 au Québec). Pour prévenir ces incidents, la Direction régionale de santé publique pilote la production d'un guide de bonnes pratiques visant à informer les entrepreneurs et autres intervenants sur les moyens de prévention (pratiques de sautage, information des résidents et distribution d'avertisseurs de CO dans un périmètre de sécurité, sensibilisation), dans le cadre d'une stratégie provinciale. Des modifications aux devis de travaux d'excavation de la Ville de Québec seront apportées afin de soutenir l'application des mesures préventives préconisées par le guide. Un protocole d'intervention respectant les mandats de chaque organisme sollicité, auquel collaborent les services d'urgence de la Ville de Québec, est également en cours d'élaboration. Ces actions s'inscrivent dans une stratégie de prévention provinciale et intersectorielle coordonnée par la DRSP de la Capitale-Nationale et le MSSS.

3.11 Processus de certification des résidences pour personnes âgées

Le défi à relever pour l'année 2009-2010 est de taille, puisqu'au 31 mars 2009, seulement 8 % des 180 exploitants de résidences privées pour personnes âgées avaient obtenu leur certificat de conformité.

De fait, l'Agence, avant de pouvoir certifier un exploitant, devait s'assurer de la conformité au règlement, donc effectuer de nombreux suivis écrits, téléphoniques et personnalisés tant auprès des exploitants que des partenaires concernés. La procédure de suivi a dû être resserrée en raison de l'ajout de délais prescrits demandés aux exploitants pour apporter les correctifs permettant ainsi de réduire la période de suivi. Cependant, l'impact pour les partenaires provenant des secteurs de la santé et des services sociaux et de la sécurité incendie s'est avéré important, créant un ralentissement du processus de certification. Pour les résidences offrant des services d'assistance personnelle, les démarches liées à la formation en réanimation cardiorespiratoire / secourisme et au principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires ont aussi contribué à la difficulté d'obtenir un certificat de conformité.

Au 31 mars 2010, 83 % des résidences pour personnes âgées avaient obtenu leur certificat de conformité, soit 9 817 unités locatives sur un total de 10 709 unités pour la seule région de la Capitale-Nationale. C'est donc 21 résidences de 9 unités et moins, 94 résidences de 10 à 90 unités et 32 résidences de 100 unités et plus qui sont certifiées au 31 mars 2010.

3.12 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en soins de longue durée (PECA)

En vertu de son mandat, le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en soins de longue durée (PECA) a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 4187 places d'hébergement et de soins de longue durée, les 174 places de résidences intermédiaires et de type familial et les 58 places en résidences adaptées disponibles pour la région de la Capitale-Nationale.

Donnée	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Admission en longue durée	1 866	1 341	1 448
Nombre de demandes reçues pendant l'année	2 134	2 355	2 027
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	2 988	2 841	2 590
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 277	2 252	2 347
Décès de la personne (durant le processus)	664	600	493
Retrait de la demande	86	59	72
Refus du placement	20	29	41
Demandes non admissibles	109	102	107
Retour à domicile	2	3	3
Admission autres sous-régions	8	6	82
Admission dans un centre privé	4	3	9
Autres motifs	178	109	92

Le territoire du CSSS de Portneuf a procédé à 101 admissions pendant l'année et 6 transferts en provenance des lits de transition du territoire de Québec.

Provenance des admissions	Portneuf
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	38
Domiciles ou résidences privées et Hôpital régional de Portneuf	54
Autres régions et transferts intrarégionaux	3

Au 31 mars 2010, 64 personnes étaient sur la liste d'attente dans le territoire de Portneuf :

Nombre	Localisation
8	Hospitalisées
39	À domicile avec les services de leur CLSC
17	En résidence privée pour personnes âgées

Les territoires des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, quant à eux, ont procédé à 1643 admissions et à 157 transferts inter-CHSLD ou en provenance des ressources intermédiaires. Ces admissions se répartissent de la façon suivante :

Provenance des admissions	Québec
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	826
Domiciles ou résidences privées	645
Autres	15

Ces diverses autres provenances comprennent les admissions des personnes à partir d'une autre région que la région de la Capitale-Nationale.

Les personnes en attente (*) pour le territoire des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

Nombre	Localisation
120	Hospitalisées
363	À domicile avec services du CLSC
754	En résidence privée pour personnes âgées

* Le nombre de personnes en attente n'est pas un indicateur valide pour évaluer le besoin réel d'hébergement, car nous ne sommes pas en mesure de vérifier si toutes ces personnes nécessitent immédiatement une place en hébergement pour différentes raisons. Cette liste inclut les ressources intermédiaires.

Le territoire du CSSS de Charlevoix a procédé à 81 admissions au cours de l'année 2009-2010. Au 31 mars 2010, 28 personnes étaient en attente d'hébergement.

Le nombre de demandes d'hébergement dans Charlevoix a été de 102 pour l'année 2009-2010.

3.13 Services préhospitaliers d'urgence (SPU)

Formation des techniciens ambulanciers / paramédicaux

Les techniciens ambulanciers / paramédicaux de la région de la Capitale-Nationale ont suivi 4 journées de formation en 2009, dans les domaines suivants :

- Traumatologie;
- Prévention des infections;
- Prévention des agressions;
- Utilisation du nouveau MDSA Zoll et électrocardiogramme - 12 dérivations (ECG-12D).

MDSA – ZOLL

En juin 2009, notre région a implanté un nouvel appareil MDSA, soit le modèle Série E de Zoll. Cette opération a fait suite à un appel d'offres provincial, par lequel l'entreprise Zoll s'est vue attribuer le renouvellement de l'ensemble des appareils pour la province de Québec.

Services de premiers répondants

Les municipalités ou organismes apprécient grandement les blocs de formation continue de quatre heures que l'Agence offre gratuitement aux services de premiers répondants des municipalités reconnues, en plus des recertifications sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'Epipen.

Tous les services de premiers répondants sont très assidus à ce programme de formation continue.

Objectifs 2010-2011

Pour ce qui est de la formation des techniciens ambulanciers / paramédicaux, l'Agence prévoit donner une formation sur l'appréciation de la condition clinique préhospitalière et une sur la dyspnée d'origine cardiaque probable.

De plus, l'Agence, de concert avec l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), le CHUQ–L'Hôtel-Dieu de Québec, et l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de l'Hôtel-Dieu de Lévis, mettront sur pied un programme de transmission de l'électrocardiogramme 12 dérivations (ECG-12D), afin de diriger immédiatement les patients ayant des signes et symptômes d'infarctus du myocarde vers un des deux centres d'hémodynamie de la région de la Capitale-Nationale. L'objectif est d'appliquer le protocole d'angioplastie primaire le plus rapidement possible afin de diminuer la morbidité et la mortalité dans la région.

L'Agence prévoit mettre en place un protocole de déviation des patients présentant des signes et symptômes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) depuis moins de 4,5 heures, afin de les orienter directement vers l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Le but est d'appliquer le protocole de thrombolyse cérébrale dans les meilleurs délais possible afin de diminuer la morbidité et la mortalité des patients dans la région de la Capitale-Nationale.

Finalement, l'Agence est à rédiger, en collaboration avec le Centre de communication santé des Capitales, Approvisionnement des deux Rives et le Ministère, un appel d'offres public pour l'acquisition d'un nouveau logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO).

3.14 Sécurité civile sociosanitaire

L'année 2009 a été marquée par une première vague de grippe A(H1N1) en avril et une deuxième en octobre. Lors de cet événement, le Plan régional de lutte à la pandémie d'influenza – mission santé, élaboré en 2007, a été appliqué avec les adaptations requises.

Afin de contrer cette crise, une mobilisation importante de différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux a été essentielle. Pour ce faire, l'Agence, en concertation avec le Ministère et les partenaires de la sécurité civile, a travaillé en étroite collaboration avec les établissements du réseau, les médecins, les pharmaciens ainsi qu'avec les organismes communautaires subventionnés du territoire de la Capitale-Nationale.

Grâce à ce travail d'équipe, la couverture vaccinale dans la région a été de 61,2 %, ce qui est un résultat fort probant.

La pandémie de grippe A(H1N1) a démontré la pertinence de poursuivre les travaux dans le dossier de la sécurité civile, mission santé, afin que le réseau sociosanitaire soit en mesure de répondre aux besoins des sinistrés et de la population dans un contexte de sinistre.

Pour ce faire, l'Agence poursuivra ses démarches avec ses partenaires afin de bonifier les plans spécifiques, particularités du Plan régional de sécurité sociosanitaire qui est un plan « tous risques », entre autres, l'activation du déglaceur par Hydro-Québec et le Plan de neige abondante et continuera à participer aux simulations.

De plus, l'Agence a consolidé le Comité de sécurité civile afin que chaque direction régionale participe aux phases de planification, de préparation, d'intervention et de rétablissement.

L'année 2009-2010 a donc été forte en apprentissage et a permis d'actualiser les plans préparés au cours des dernières années.

3.15 Services à la clientèle

Parmi ses responsabilités déterminées à l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), l'Agence doit prévoir des modalités pour informer la population. Dans ce cadre, elle offre un service de réponse téléphonique et par courrier électronique aux multiples demandes d'information formulées par la population.

En 2009-2010, 862 réponses ont été données. L'écart avec l'année précédente découle du fait que le service de réponses téléphoniques du territoire de l'Agence a été transféré vers les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, le 17 août 2009.

Nombre de demandes d'information reçues depuis 2004-2005

Année	Par téléphone	Écart	Par courrier électronique	Écart	Total	Écart
2009-2010	645	N/A	217	N/A	862	N/A
2008-2009	2 089	0,9 %	398	(4,3 %)	2 487	0 %
2007-2008	2 071	12,9 %	416	10,9 %	2 487	12,6 %
2006-2007	1 834	22,2 %	375	(32,1 %)	2 209	7,6 %
2005-2006	1 501	0,1 %	552	41,2 %	2 053	8,6 %
2004-2005	1 499	3,6 %	391	(0,8 %)	1 890	2,7 %

Plus de 35 % de ces 862 demandes ont eu pour objet :

- La recherche d'un médecin de famille;
- Le processus d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie;
- Les normes régissant les résidences privées de personnes âgées;
- L'organisation des divers services du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans cette même perspective, l'Agence a produit plusieurs documents d'information destinés à la population. Les bulletins *Accès services* ont notamment répondu à de nombreuses questions des citoyens.

Finalement, l'Agence termine la production du Portail du réseau de la santé et des services sociaux qui réunit, sur un seul site Web, tous les renseignements pertinents à l'utilisation des services sur son territoire.

3.16 Régime de traitement des plaintes[8]

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les usagers ou leurs représentants peuvent porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services s'ils sont insatisfaits des services qu'ils ont reçus ou qu'ils auraient dû recevoir des instances suivantes : organismes communautaires, résidences privées pour personnes âgées, services préhospitaliers d'urgence et l'Agence pour ces activités ou fonctions qui concernent personnellement le plaignant.

En 2009-2010, le commissaire régional a traité 75 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 70 ont été conclues et 5 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010, comme on peut le voir au tableau suivant. Dans une proportion de 45,7 %, les plaintes (70) ont été conclues avant les 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes. Trois plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Les plaintes reçues en cours d'année (65) concernent principalement les résidences pour personnes âgées (34 %) et les organismes communautaires (31 %), suivis des services préhospitaliers d'urgence (12 %), de l'Agence (12 %) et d'autres secteurs (11 %).

Dans les 70 plaintes conclues, 125 motifs d'insatisfaction ont été invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 100 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 55 motifs ont fait l'objet de 94 mesures correctives, liées à un engagement de l'instance visée (31) ou d'une recommandation du commissaire régional (63). Les mesures correctives ont été implantées par l'instance visée dans une proportion de 90 %.

En 2009-2010, le commissaire régional a reçu 35 signalements en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 24 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'instance visée et 5 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010. Les interventions conclues en 2009-2010 (24) concernent principalement les résidences pour personnes âgées (79 %), suivies des services préhospitaliers d'urgence (14 %) et des organismes communautaires (7 %) et.

8. Ce rapport sommaire présente les grandes lignes du traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2009-2010. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence sera accessible au centre de documentation et sur le site Internet de l'Agence.

Dans les 24 interventions conclues, 39 motifs d'insatisfaction ont été invoqués, dont 36 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 29 motifs ont fait l'objet de 49 mesures correctives, liées à un engagement de l'instance visée (28) ou d'une recommandation du commissaire régional (21). Les mesures correctives ont été implantées par l'instance visée dans une proportion de 78 %.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 147 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et 16 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, des partenaires et du Protecteur du citoyen.

Nombre de plaintes en 2009-2010 selon leur statut au 31 mars 2010

Plaintes en voie de traitement le 1er avril 2009	Plaintes reçues en 2009-2010	Plaintes totales à traiter	Plaintes conclues	Plaintes en voie de traitement le 31 mars 2009
10	65	75	**70**	5

3.17 Réorganisation des laboratoires

Comme il est précisé dans les orientations du Ministère, le projet de transfert des analyses à délai régulier de la région de la Capitale-Nationale vers deux centres suprarégionaux est amorcé. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Charlevoix et de Québec-Nord ont effectué, avec le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CH*A*), une réorganisation de leurs activités de laboratoire impliquant un redéploiement de certains services cliniques au CH*A*. La centralisation vers les laboratoires de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est en voie d'être complétée. Ce projet autofinancé permet de faire des économies qui seront réinvesties dans le réseau sans diminuer le service à la population. Quant au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), il a terminé la première phase de sa réorganisation, qui consistait à centraliser les analyses à délai régulier de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Saint-François d'Assise vers le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). La deuxième phase de la centralisation du CHUQ et de ses partenaires du corridor de service est présentement à l'étude.

3.18 Circuit du médicament

Dans le cadre du projet ministériel d'implantation des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) dans les établissements de santé, l'Agence a mis sur pied, à l'hiver 2007, une équipe de gestion de projet pour l'optimisation du circuit du médicament. Cette équipe de professionnels et gestionnaires regroupe des intervenants qui assument déjà des fonctions clés dans les domaines pharmaceutiques et infirmiers. Le projet du circuit du médicament couvre l'ensemble des activités liées aux médicaments allant de l'élaboration des listes de médicaments pouvant être utilisés dans l'établissement jusqu'à la déclaration d'incidents-accidents en passant par l'approvisionnement, la prescription, les soins pharmaceutiques, l'administration des médicaments ainsi que le suivi thérapeutique. Certaines de ces activités demandent l'acquisition d'équipements prévus au projet SARDM alors que d'autres exigent des actions locales de réorganisation du travail.

En mai 2007, le Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale a entériné un plan d'action quinquennal associé au projet SARDM. Ce plan a été soumis au Ministère à ce moment. En décembre 2007, le Ministère diffusait le cadre de gestion pour la première phase du projet SARDM, ce qui a impliqué de revoir la première année du plan quinquennal. Le 21 avril 2008, le Ministère entérinait le Plan de réalisation de la première phase du projet SARDM pour la région de la Capitale-Nationale. Cette phase, qui devait se terminer le 30 novembre 2008, a vu ses échéanciers modifiés notamment à cause d'une complexité plus grande que celle anticipée et des divers moyens de pression exercés par les pharmaciens d'établissement à l'automne 2008. La date d'échéance pour l'implantation de tous les équipements prévus à la première phase a été établie au 31 mars 2010. À ce moment, tous les établissements avaient finalisé ou étaient sur le point de finaliser l'exécution du Plan de réalisation de la phase 1.

Rappelons que le Plan de réalisation de la phase 1 du projet SARDM pour la région de la Capitale-Nationale totalise des coûts de 17 763 947 $.

3.19 Complémentarité des services médicaux spécialisés

Pour l'année 2009-2010, au plan de la complémentarité des services médicaux spécialisés, soulignons :

- La fin du processus de reconnaissance des équipes de lutte contre le cancer. Ainsi, ont reçu des reconnaissances de niveau IV, soit le plus élevé, les équipes de radio-oncologie (CHUQ), en oncologie du sein (CH*A*), des cancers urologiques et génitaux (CHUQ), des cancers hémato-oncologiques (CH*A*), d'oncologie psychosociale (CHUQ) et de soins palliatifs (Maison Michel-Sarrazin). Les équipes des cancers du système digestif (CHUQ), des cancers neurologiques (CH*A*), des cancers gynécologiques (CHUQ), des cancers du poumon (IUCPQ) et des cancers pédiatriques (CHUQ), ont reçu pour leur part une reconnaissance de niveau III, tout comme l'équipe conjointe du CHUQ et du CH*A* dédiée aux cancers de la tête et du cou;
- L'adoption d'un processus de suivi de la reconnaissance de ces équipes locales et suprarégionales de lutte contre le cancer;
- L'adoption d'une nouvelle gouverne régionale dans la lutte contre le cancer visant à mieux répondre aux nouvelles réalités régionales et aux nouvelles tendances dans l'organisation des services en réseau;
- Le dépôt du bilan 2004-2007 du programme régional de lutte contre le cancer;
- Le dépôt du rapport sur l'organisation des soins palliatifs à domicile;
- L'adoption d'un avis sur la pertinence concernant les projets de développement de lits de soins palliatifs dans la région;
- Le dépôt d'un rapport d'étape sur le projet de recherche-action portant sur le bénévolat à domicile auprès des personnes en soins palliatifs;
- Le suivi des démarches liées aux avis de reconnaissance des besoins pour certains dossiers, dont :
  - le Centre d'évaluation et de recherche clinique en oncologie du CHUQ-HDQ;
  - le Centre des maladies du sein du CH*A*;
  - l'organisation régionale de l'O.R.L. (volet Rhinosinusologie et ORL oncologique);

- La consolidation de la curiethérapie du CHUQ;
- Le Centre d'excellence en maladie vasculaire du CHUQ;
- Le Centre des neurosciences du CHA;
- La consolidation et le développement du Programme des malformations orofaciales du CHUQ;

- Le dépôt d'un avis de reconnaissance des besoins pour l'ajout d'une troisième salle d'électrophysiologie et la relocalisation du tomographe à l'IUCPQ;
- Comme suite à la désignation ministérielle du consortium en douleur chronique (CHUQ, IRDPQ, CHA, CHA Hôtel-Dieu de Lévis, en collaboration avec l'IUSMQ), le soutien aux travaux entourant la mise en place du centre d'expertise en douleur chronique du RUIS-UL;
- La mise en place d'une structure régionale de concertation sur l'organisation des services en anatomopathologie dans la région;
- La conclusion d'ententes de service avec tous les laboratoires d'imagerie médicale privés de la région de la Capitale-Nationale;
- La mise en place d'une structure de concertation visant l'organisation régionale des services de radiologie diagnostique;
- Le lancement d'un chantier visant la réorganisation des services de première ligne dédiée à la clientèle pédiatrique;
- La complétion des travaux interdirections pour se doter d'un plan d'action régional en périnatalité;
- Le suivi de la proposition d'organisation des services en chirurgie plastique par la mise en place des recommandations du rapport régional de même que la création d'un comité directeur CHA-CHUQ-Agence;
- La poursuite du chantier de hiérarchisation des laboratoires de la région de la Capitale-Nationale;
- Le suivi des recommandations du rapport de l'accompagnateur Roger Paquet particulièrement en ce qui a trait au Plan des effectifs régionaux en psychiatrie;
- Le lancement d'un chantier de travail sur l'organisation des services en orthopédie adulte et pédiatrique;
- La complétion du transfert de la chirurgie cardiaque pédiatrique de l'IUCPQ vers le CHUQ le 4 mai 2009;
- Le dépôt d'un nouveau Plan directeur régional en traumatologie pour la période 2009-2012. Dans cette foulée, le Comité régional de traumatologie a été relancé et un comité visant l'élaboration d'un Plan régional d'organisation des services pour les victimes d'un traumatisme craniocérébral léger a été mis en place;
- Le développement d'un centre satellite pédiatrique en assistance ventilatoire à domicile pour la région de la Capitale-Nationale;
- L'accompagnement d'une démarche de négociation pour une entente de service en pneumologie entre le CHUQ (HSFA) et l'IUCPQ;
- La mise en place de services de télénéphrologie pour la région de la Côte-Nord;
- La complétion des travaux du Comité régional sur les services d'endocrinologie;

- Le soutien à la préparation d'un plan d'affaires et d'une programmation clinique en procréation médicalement assistée pour le CHUQ;
- La mise en place du Comité régional de l'IAMEST (infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST) et de trois comités locaux pour la prise en charge hospitalière (IUCPQ-CHUQ-CHA) de cette cardiopathie. En lien avec ces travaux, soulignons la réalisation d'une cartographie régionale de la desserte de cette clientèle de même que la mise en fonction d'un protocole régional de maintien du client sur civière.

3.20 Services médicaux de première ligne

Le développement des services médicaux de première ligne s'est poursuivi en 2009-2010. Un nouveau Groupe de médecine de famille (GMF) accrédité s'est ajouté à la liste, portant le nombre à 27. Un projet est présentement en chantier et une autre demande est actuellement sous analyse. Aux termes des travaux, la région de la Capitale-Nationale pourra compter sur 29 GMF, la cible étant de 30. On compte un total de 341 000 personnes inscrites en GMF. Près de 380 médecins sont regroupés en GMF et travaillent en étroite collaboration avec plus d'une soixantaine d'infirmières cliniciennes. Les collaborations professionnelles s'établissent et enrichissent le travail en interdisciplinarité.

L'implantation de 3 nouvelles cliniques-réseau-Québec (CRQ) dans la région permet de complémenter l'offre de services médicaux de première ligne. La région compte maintenant 8 CRQ et un nouveau projet d'intention est à l'étude. Les quatre premières CRQ implantées en 2007 sont en processus de renouvellement. Une révision du modèle GMF-CRQ au plan de sa structure financière et de son offre de service a été demandée afin de s'assurer que le service de sans rendez-vous offert convienne au niveau d'achalandage observé dans chaque CRQ.

Quatre guichets d'accès ont été implantés dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Capitale-Nationale. Les coordonnateurs médicaux locaux en assurent la gestion quotidienne. Ces guichets permettent à la clientèle vulnérable sans médecin de famille ayant besoin de soins médicaux dans des délais de moins de 6 mois (P1, P2, P3) d'obtenir les services de prise en charge et de suivi par un médecin de famille de la région. Rappelons que ces services médicaux sont offerts par des médecins volontaires.

3.21 Dossier de santé du Québec (DSQ)

La région de la Capitale-Nationale a été désignée région pilote du projet Dossier de santé du Québec (DSQ) en 2007. Au 31 mars 2009 se terminait la phase de rodage. L'été 2009 aura servi à apporter des améliorations et un rehaussement à l'infrastructure technologique.

La phase de pilotage clinique du projet s'est réalisée à l'automne 2009 avec l'ajout de cliniciens au GMF Saint-Vallier, au CLSC de la Basse-Ville, à la Clinique médicale Pasteur, et de trois pharmacies. Il en résulte donc au total trois sites cliniques et sept pharmacies, ce qui porte le nombre d'utilisateurs à 50 et d'usagers à plus de 23 000.

Cette phase a été franchie avec succès en sites cliniques. Des bénéfices cliniques appuyant la pratique ont été signalés, entre autres l'accès au profil pharmacologique, la vérification de l'observance de la délivrance de l'ordonnance. Pour ce qui est des pharmacies, certains problèmes dans le système informatique local ont occasionné leur retrait du projet pilote. Les ajustements nécessaires ayant été apportés par le fournisseur concerné, elles peuvent dorénavant être réintégrées.

L'Agence est maintenant à la phase de montée en charge dans la région. Cette phase a débuté dès janvier 2010 avec la campagne d'information à la population de l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale, par l'envoi d'un dépliant expliquant le DSQ. À la suite de cet envoi, 684 961 citoyens de notre région peuvent dorénavant avoir un dossier électronique. Le taux de refus est de 0,5 %. L'Agence redémarre sur le terrain le volet Médicament du DSQ, avec cinq sites cliniques et dix pharmacies. L'élargissement à la totalité de la région se poursuivra dans la prochaine année.

En parallèle, les travaux de préparation pour la transmission des résultats de laboratoire au DSQ en provenance du CHUQ et du CH*A* sont presque finalisés. L'Agence attend l'orientation du DSQ pour le faire et passer dans la prochaine année au pilotage clinique du volet Laboratoire DSQ.

3.22 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre

La région a complété sa troisième année de mise en œuvre de la stratégie régionale de main-d'œuvre qui s'articule autour de quatre axes : la planification de main-d'œuvre; l'utilisation optimale de la main-d'œuvre par l'organisation du travail et la gestion de la présence au travail; le développement du partenariat avec l'Éducation; le développement de la main-d'œuvre salariée et cadre.

En matière de planification de main-d'œuvre, la région dispose d'un programme solide, avec des données probantes qui nous permettent d'orienter nos actions en ressources humaines et nos modèles d'organisation de services. Plus que jamais, les enjeux de main-d'œuvre sont pris en considération au plus haut niveau stratégique des organisations.

En ce qui concerne l'utilisation optimale des ressources humaines, les secteurs de l'urgence, des soins à domicile et de la réadaptation physique ont fait l'objet de travaux relativement à la main-d'œuvre en soins infirmiers. Ces travaux devraient nous conduire à réduire l'effectif des ressources professionnelles afin de réduire le nombre d'heures supplémentaires ou le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Le partenariat avec l'Éducation s'est consolidé avec l'accroissement des cohortes étudiantes et d'étudiants, et ce, particulièrement chez les infirmières et infirmiers auxiliaires et chez les préposées et préposés aux bénéficiaires. Nous pouvons d'ores et déjà compter sur les effets directs de notre campagne régionale « Sauve des vies » qui a permis d'ancrer davantage, dans l'esprit des jeunes, les nombreuses opportunités de carrières que procure le réseau. La prochaine année nous conduira vers la révision des modes d'organisation des stages afin, qu'à terme, nous puissions augmenter encore plus le nombre d'étudiants inscrits dans les programmes en santé et services sociaux.

Finalement, en matière de formation, nous retiendrons plus particulièrement le soutien à l'implantation de nouvelles activités cliniques comme l'ouverture du Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec (CUOQ) à l'Hôpital du Saint-Sacrement, le développement de l'approche interdisciplinaire en oncologie et le développement des habiletés de gestion en matière de rétention de la jeune main-d'œuvre comme faits marquants en matière de développement des compétences.

3.23 Technocentre régional

Toujours confronté à un besoin d'évolution dans l'approche de gestion régionale des exigences de sa clientèle tant applicatives et techniques que physiques, le Technocentre régional (TCR) a poursuivi, au cours de l'année 2009-2010, l'atteinte et le maintien des trois grands objectifs qui avaient été indiqués dans le rapport annuel de 2008-2009, soit :

- Améliorer le service à la clientèle et la gouvernance des activités opérationnelles (incidents, projets et changements) réalisées par le TCR;
- Assurer l'évolution de l'organisation technologique et logistique des infrastructures (salle des serveurs) exploitées et supportées au TCR;
- Revoir le processus de gestion financière pour assurer une facturation équitable des services du TCR en fonction de ses activités d'hébergement pour le réseau ainsi que celles de fournisseurs de services technologiques envers ses divers clients.

Il y a eu poursuite des actions associées aux dossiers entrepris en 2008-2009 et passage en mode de continuité pour les dossiers qui y ont été complétés, soit :

- Accompagnement à l'équipe du projet Dossier de santé du Québec (DSQ) (rodage et pilotage);
- Déploiement régional de l'application SIR-Médirad;
- Implantation d'une pratique de gestion des services en Technologie de l'information (TI);
- Optimisation et modernisation du réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) par la réalisation du projet de migration au réseau intégré de télécommunications multimédia (RITM) en collaboration avec les établissements, la Sogique et le Ministère;
- Développement des services d'hébergement d'applications et de données, notamment en ce qui concerne les applications de l'Infocentre de la Capitale-Nationale.

Outre les projets mentionnés ci-dessus, les ressources du TCR ont répondu à plus de 16 200 requêtes de service. Dans le contexte des mesures préventives à une pandémie de grippe A(H1N1), les effectifs du TCR ont été mobilisés et y ont participé selon le plan d'action prévu. Cette dernière intervention collaborative a permis au TCR de revisiter son plan existant de poursuite des affaires pour la gestion des activités opérationnelles essentielles.

Enfin, dans la poursuite et le maintien de l'atteinte des objectifs fixés au TCR, en fonction des priorités établies, certaines activités demeurent à l'étape de planification et d'autres sont déjà en réalisation, visant à :

- Assurer une agilité opérationnelle en fonction des demandes et incidents de services;
- Permettre au TCR d'assumer toujours plus un rôle de leader comme fournisseur de services en TI au sein de la région de la Capitale-Nationale.

3.24 Plan régional d'informatisation

L'année 2009-2010 a été soulignée par l'actualisation de l'hébergement des examens d'imagerie médicale au répertoire d'imagerie diagnostique (RID) du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) situé au CHUQ et au CH*A* pour les régions de la Côte-Nord et du Bas-Saint-Laurent (à l'exception de Rivière-du-Loup). Plusieurs ententes ont été conclues et 2010 devrait permettre de compléter l'alimentation des RID pour l'ensemble des régions du RUIS-UL. L'IUCPQ a mis à jour son application de PACS selon les mêmes standards que la région de la Capitale-Nationale. Les établissements de la région sont à compléter les mises en contexte du trio SIR-PACS-Dictée (Système d'information radiologique – *Picture archiving and communication system* — Dictée radiologique) selon la disponibilité des versions pour les applications permettant l'intégration.

Le projet Système d'information usager en santé mentale (SIU) fut complété le 31 mars 2010. En 2009, les centres de crise de Québec et de Charlevoix ont joint le réseau de santé mentale, supportés par cette application de partage et de réseautage. Actuellement, 6 230 usagers adultes ont des dossiers dans cette application régionale; 5 174 usagers d'entre eux ont des dossiers conjoints dans au moins deux des organismes du groupe de huit.

Le dépôt régional de résultats cliniques (DRRC) a permis, en 2009-2010, un développement permettant aux établissements (centres hospitaliers et groupes de médecine de famille) de recevoir leurs résultats de laboratoire directement dans leur application locale : dossier médical électronique (DME) ou dossier clinique informatisé (DCI). Le projet est actuellement en phase de test.

En suivi du nouveau contrat de télécommunication réseau octroyé par le Ministère au fournisseur Telus en 2009, la migration au nouveau support informatique de télécommunication Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) a débuté en 2009-2010 par la migration des liens existants RTSS au nouvel environnement rehaussé RITM. Au 31 mars 2010, quelque 30 des 113 sites physiques de la région de la Capitale-Nationale avaient déjà migré. Les travaux se poursuivront jusqu'à la fin 2010. La priorité fut octroyée aux liens ADSL (*Asymmetric Digital Subscriber Line*).

Le système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) fut déployé en 2009-2010 au CSSS de Charlevoix et au CRDIQ. Les prochains sites seront déployés en 2010-2011 au fur et à mesure des ajustements d'intégration avec leurs systèmes existants.

La hiérarchisation régionale des laboratoires a connu une réalisation en 2009-2010 par l'établissement d'un corridor de service entre le laboratoire du CH*A* et ses partenaires, le CSSS de Québec-Nord et le CSSS de Charlevoix. Le projet autofinancé amènera un regroupement vers le partage de l'Interlab par l'application TD Synergy.

3.25 Forum de la population

Aucune rencontre du Forum de la population n'a eu lieu cette année. L'Agence a entrepris au cours de la dernière année, avec la Conférence régionale des élus, la révision de la composition des membres du Forum de la population.

4. Données financières

4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence

4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2009-2010 (Note 1)	Budget net de fonctionnement 2008-2009 (Note 1)	Budget net Écart 2009-2010 et 2008-2009	Surplus (Déficit) Selon AS-471 2009-2010	Surplus (Déficit) Selon AS-471 2008-2009	Écart 2009-2010 et 2008-2009
					Activités principales et accessoires		
Centres hospitaliers de courte durée							
11042371	CHUQ	469 763 743 $	456 510 992 $	13 252 751 $	(9 687 377 $)	(9 617 992 $)	(69 385 $)
11888062	IUSMQ	111 444 462 $	111 325 517 $	118 945 $	1 116 252 $	498 634 $	617 618 $
13163092	CHA	273 560 793 $	255 422 137 $	18 138 656 $	(1 035 701 $)	(1 333 156 $)	297 455 $
13623616	IUCPQ	172 703 710 $	167 667 864 $	5 035 846 $	(1 307 246 $)	(1 299 822 $)	(7 424 $)
	Sous-total	1 027 472 708 $	990 926 510 $	36 546 198 $	(10 914 072 $)	(11 752 336 $)	838 264 $
Centres d'hébergement et de soins de longue durée							
12409991	Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	23 509 497 $	22 439 806 $	1 069 691 $	(242 852 $)	(143 982 $)	(98 870 $)
	Sous-total	23 509 497 $	22 439 806 $	1 069 691 $	(242 852 $)	(143 982 $)	(98 870 $)
Centres de réadaptation							
11042777	CRUV	7 802 122 $	7 066 766 $	735 356 $	36 321 $	30 572 $	5 749 $
11042900	IRDPQ	53 036 275 $	51 395 150 $	1 641 125 $	1 208 113 $	118 602 $	1 089 511 $
11043908	CRDI de Québec	57 287 174 $	54 712 858 $	2 574 316 $	(1 015 316 $)	(84 424 $)	(930 892 $)
	Sous-total	118 125 571 $	113 174 774 $	4 950 797 $	229 118 $	64 750 $	164 368 $
Centres de santé et de services sociaux							
11043650	CSSS de Portneuf	39 283 068 $	37 672 220 $	1 610 848 $	402 329 $	47 580 $	354 749 $
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	189 676 779 $	178 820 833 $	10 855 946 $	706 871 $	365 589 $	341 282 $
11044161	CSSS de Québec-Nord	142 310 596 $	135 577 738 $	6 732 858 $	497 615 $	22 362 $	475 253 $
11044336	CSSS de Charlevoix	75 573 079 $	73 208 293 $	2 364 786 $	17 547 $	124 520 $	(106 973 $)
	Sous-total	446 843 522 $	425 279 084 $	21 564 438 $	1 624 362 $	560 051 $	1 064 311 $
Centre de protection enfance-jeunesse – Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation							
11042868	CJQ	78 625 679 $	75 985 701 $	2 639 978 $	328 757 $	495 941 $	(167 184 $)
	Sous-total	78 625 679 $	75 985 701 $	2 639 978 $	328 757 $	495 941 $	(167 184 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés							
11042520	CH Notre-Dame du-Chemin	3 134 231 $	3 066 852 $	67 379 $			
12399820	La Champenoise	476 720 $	462 246 $	14 474 $			

Code	Nom	Budget net de fonctionnement 2009-2010 (Note 1)	Budget net de fonctionnement 2008-2009 (Note 1)	Budget net Écart 2009-2010 et 2008-2009	Surplus (Déficit) Selon AS-471 2009-2010	Surplus (Déficit) Selon AS-471 2008-2009	Écart 2009-2010 et 2008-2009
					Activités principales et accessoires		
	(Corporation N.-D. de Bon-Secours)						
13027073	CH du Boisé	4 776 996 $	4 555 203 $	221 793 $			
23190218	Le Centre d'accueil Nazareth	4 067 958 $	4 017 446 $	50 512 $			
25457094	Hôpital Sainte-Monique	3 703 654 $	3 624 631 $	79 023 $			
27508456	CH Saint-Jean-Eudes	15 474 150 $	11 196 044 $	4 278 106 $			
28694321	CH Saint-François	2 070 779 $	2 051 319 $	19 460 $			
51230175	CH Champlain-des-Montagnes	5 654 533 $	5 398 934 $	255 599 $			
54583091	CHSLD Saint-Augustin	5 435 567 $	5 359 248 $	76 319 $			
	Sous-total	44 794 588 $	39 731 923 $	5 062 665 $			

Sommaire

	CH de courte durée	1 027 472 708 $	990 926 510 $	36 546 198 $	(10 914 072 $)	(11 752 336 $)	838 264 $
	CHSLD	23 509 497 $	22 439 806 $	1 069 691 $	(242 852 $)	(143 982 $)	(98 870 $)
	Centres de réadaptation	118 125 571 $	113 174 774 $	4 950 797 $	229 118 $	64 750 $	164 368 $
	CSSS	446 843 522 $	425 279 084 $	21 564 438 $	1 624 362 $	560 051 $	1 064 311 $
	Centre de protection enfance-jeunesse - Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	78 625 679 $	75 985 701 $	2 639 978 $	328 757 $	495 941 $	(167 184 $)
	CHSLD privés conventionnés	44 794 588 $	39 731 923 $	5 062 665 $			
	Total	**1 739 371 565 $**	**1 667 537 798 $**	**71 833 767 $**	**(8 974 687 $)**	**(10 775 576 $)**	**1 800 889 $**

Note : Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R).

4.1.2 Ressources financières – Réseau

Financement des services

Au début de l'exercice, l'Agence a obtenu du financement additionnel pour couvrir l'augmentation des salaires du personnel et de son impact sur les régimes sociaux publics (49,4 M$). De plus, une somme de 10,8 M$ a été obtenue pour supporter la croissance des coûts des médicaments, des fournitures médicales et des volumes additionnels en activités cliniques.

Au cours de l'exercice, le Ministère a accordé des budgets additionnels de 42,6 M$, se répartissant comme suit :

	M$
Santé physique	30,725
Jeunesse	0,794
Santé publique	1,026
Administration et soutien aux services	4,299
Perte d'autonomie	1,278
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	0,624
Déficience physique	0,624
Services généraux	3,247
Gestion des bâtiments	0,027
Total	**42,644**

Suivi financier du réseau

Pour l'année 2009-2010, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est légèrement améliorée par rapport à l'exercice précédent.

Aussi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2010 incluant les activités accessoires, montrent un déficit global de 8 974 M$[9]. Les établissements en déficit sont les suivants :

	Résultats 2009-2010	
Établissement	M$	Cible déficitaire
CHUQ	9,687	9,700
CHA	1,035	1,336
IUCPQ	1,307	1,313

Autorisation d'emprunt

Au cours de l'année 2009-2010, l'Agence a émis deux autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 2 689 956 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

9. Toutefois, ces établissements ont respecté la cible déficitaire minimale qui leur avait été attribuée

Établissement	Nombre d'emprunts	Emprunt total
CSSS de Portneuf	1	989 956 $
CSSS de Charlevoix	1	1 700 000 $
Total	**2**	**2 689 956 $**

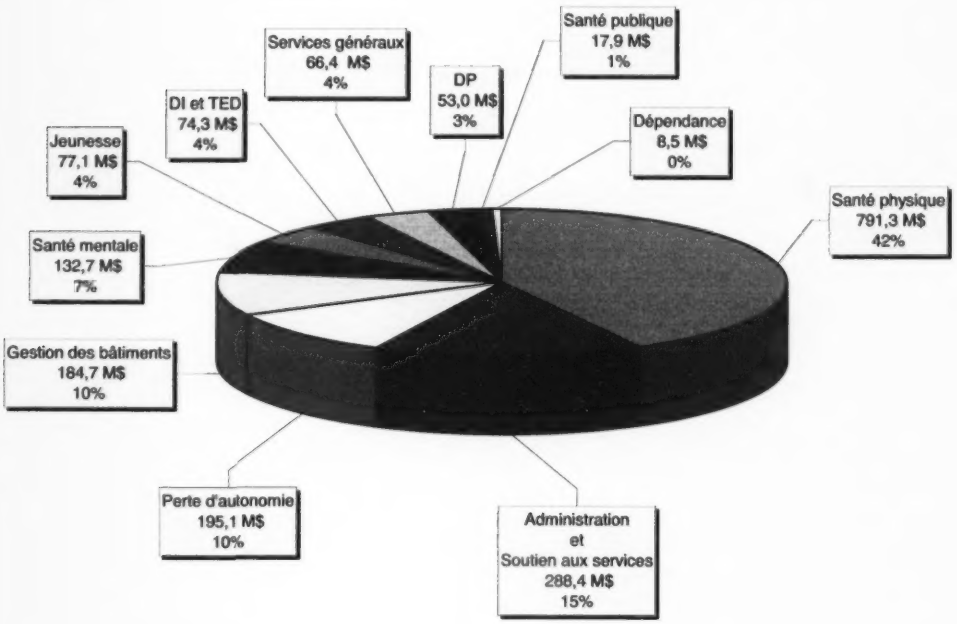
Au chapitre de la santé physique, les sommes obtenues visent le financement des volumes additionnels en chirurgie (12,0 M$), la consolidation des services en neurochirurgie (1,2 M$) et des avantages au personnel clinique (mesures administratives et primes d'été : 6,5 M$).

Les principaux investissements en administration touchent l'informatisation et vise plus particulièrement :

- L'acquisition des licences 1,0 M$;
- La formation régionale des cadres 1,0 M$.

Le graphique suivant présente la répartition, par programme de service, de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2009-2010, qui totalise 1 889,3 M$. Ce graphique précise notamment que nous avons investi 791,3 M$ en santé physique, soit 42 % de l'enveloppe régionale.

Répartition de l'enveloppe 2009-2010 par programme



Immobilisations

Chaque année, le Ministère alloue à chacune des régions un budget pour maintenir ou rénover le parc immobilier de la région de la Capitale-Nationale. Cet exercice permet à chaque établissement de préparer un plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI). Ainsi, pour l'année 2009-2010, la région a reçu 15 302 116 $ pour le volet Rénovations fonctionnelles dans les établissements autres que les CHSLD et 41 592 670 $ pour le volet Maintien d'actifs, auquel est venu s'ajouter cette année le solde des réserves régionales des années antérieures, soit 2 257 800 $, pour un total de 43 850 470 $.

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2009-2012
Enveloppes budgétaires 2009-2010 accordées aux établissements

Établissement	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix	345 000 $	1 693 519 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	131 000 $	760 052 $
IUSMQ	1 589 000 $	6 355 512 $
CHA	1 912 000 $	7 644 139 $
IUCPQ	946 000 $	3 779 256 $
CSSS de la Vieille-Capitale	209 000 $	3 376 463 $
CSSS de Québec-Nord	190 000 $	1 999 002 $
CSSS de Portneuf	119 000 $	1 034 896 $
Agence	22 000 $	86 643 $
CHUQ	2 823 000 $	11 429 758 $
IRDPQ	528 000 $	2 111 102 $
CRDI de Québec	108 000 $	431 266 $
CJQ	270 000 $	1 077 194 $
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	225 000 $	N/A
Réserve régionale pour projets spéciaux ou urgents	5 885 116 $	2 071 670 $
Total :	**15 302 116 $**	**43 850 470 $**

Ces attributions sont fonction des sommes allouées par le Ministère pour l'exercice 2009-2010 sur la base de la valeur de remplacement ajustée des installations de chacun des établissements. Le solde non utilisé de la réserve régionale en maintien d'actifs pour les projets spéciaux ou urgents de l'exercice courant sera ajouté à l'enveloppe à répartir lors du prochain exercice financier.

Les réserves régionales 2009-2010 des deux enveloppes ont été utilisées pour le financement des projets suivants :

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2009-2012
Réserves régionales 2009-2010 engagées à ce jour, par établissement et projet

Établissement et projet	Rénovation fonctionnelle	Maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix		
■ Réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie		500 000 $
■ Mise aux normes de la pharmacie de l'Hôpital de La Malbaie	500 000 $	
■ Rénovations mineures de l'unité mère-enfant de l'Hôpital de La Malbaie	55 000 $	
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's		
■ Mise aux normes de la pharmacie de l'Hôpital Jeffery Hale	300 000 $	
■ Aménagement d'Info-Social au 3e de l'Hôpital Jeffery Hale	250 000 $	
IUSMQ		
■ Aménagement d'une unité de soins de 8 lits pour bénéficiaires ayant des troubles graves de comportement (TGC). Quote-part régionale	552 000 $	
■ Relocalisation du Service de pastorale régionale au pavillon Arthur-Vallée (PAV)	167 000 $	
■ Locaux temporaires du Centre de formation professionnelle Fierbourg	28 987 $	
■ Locaux permanents pour le Centre de formation professionnelle Fierbourg au G-4200	400 000 $	
■ Unité d'hébergement transitoire de soins de 20 lits au B-200 ouest du pavillon Roy-Rousseau	65 453 $	
■ Aménagement de locaux au Pavillon Arthur-Vallée	68 700 $	
CHA		
■ Remplacement d'un appareil d'IRM par un nouvel appareil de plus grande capacité – HEJ	200 000 $	
■ Construction de salles de mécanique - HSS	867 000 $	
■ Remplacement d'un appareil d'angiographie par un appareil de radiofluoroscopie – HSS	100 000 $	
IUCPQ		
■ Remplacement d'une salle de graphie	100 000 $	
CSSS de Portneuf		
■ Relocalisation de la pharmacie de l'Hôpital régional de Portneuf	300 000 $	
CHUQ		
■ Remplacement de 2 accélérateurs linéaires – L'HDQ	500 000 $	
■ Aménagement de l'UMF Saint-François du CSSS de la Vieille-Capitale à l'HSFA	455 000 $	
Total	**4 909 140 $**	**500 000 $**

De plus, le 19 mars 2010, le Ministère annonçait les projets de rénovations fonctionnelles mineures en regard du volet Immobilier du Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, déposé par l'Agence.

Ainsi, les projets suivants ont été autorisés :

Rénovations fonctionnelles mineures
(Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie)

Établissement (Installation)	Projet	Budget accordé
CSSS de Q-N / CH Chauveau	Climatisation des aires communes et / ou des salles d'activité sur les unités d'hébergement et / ou du centre de jour et/ou des salles à manger des résidents et/ou des salons.	85 000 $
CSSS de Q-N / Sainte-Anne-de-Beaupré		45 000 $
CSSS de Q-N / Yvonne-Sylvain		40 000 $
CSSS de Q-N / Alphonse-Bonenfant		76 000 $
CSSSP / Saint-Raymond		55 000 $
CSSSP / Saint-Casimir		95 000 $
CHUQ / Unité de transition Saint-Jean-Eudes – aile « D » HSFA		75 000 $
CSSS de Q-N / Foyer Loretteville	Amélioration de la sécurité dans les corridors en y installant des mains courantes.	45 000 $
CSSS de Q-N / Du Fargy		75 000 $
CSSS de Q-N / Yvonne-Sylvain		115 000 $
CSSS de Q-N / Alphonse-Bonenfant		45 000 $
CSSS de Q-N / Saint-Augustin		40 000 $
Vigi Santé / Saint-Augustin		27 000 $
CSSS de Q-N / Du Fargy	Réaménagement de fumoirs pour les résidents.	60 000 $
CSSS de Q-N / Yvonne-Sylvain		80 000 $
CSSS de Q-N / CHSLD Champlain-des-Montagnes du Groupe Champlain		17 500 $
CSSS de Q-N / CH Chauveau	Rénovation de salles d'eau et / ou remplacement des bains thérapeutiques et / ou des chaises de bain et / ou une douche adaptée.	100 000 $
CSSSP / Saint-Raymond		80 000 $
CSSSP / Saint-Casimir		80 000 $
CHUQ / Résidence Paul Triquet		175 000 $
JEFF-SBH / Saint Brigid's		50 000 $
CSSS de Q-N / CHSLD Champlain-des-Montagnes du Groupe Champlain	Aménagement d'une unité prothétique et / ou d'une cour prothétique pour les résidents et leur famille et / ou un secteur protégé et adapté pour la clientèle avec troubles cognitifs et symptômes comportementaux.	60 000 $
JEFF-SBH / Jeffery Hale		190 000 $
CSSS de la V-C / Saint-Antoine - 4e étage. Phases I et II de IV		1 195 000 $
CSSS de Charlevoix / Hôpital de Baie-St-Paul	Financement additionnel au projet d'aménagement de 2 unités de vie totalisant 45 lits à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.	181 000 $
CHUQ / Unité de transition Saint-Jean-Eudes – aile « D » HSFA	Remplacement de systèmes d'appel de garde dans des unités de soins.	150 000 $
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes		100 000 $
Centre hospitalier Saint-François inc.	Acquisition et installation d'un panneau de contrôle de douche permettant la désinfection des chaises roulantes.	5 500 $
Vigi Santé / Saint-Augustin	Installation de leviers sur rails dans les chambres.	58 000 $
	Total :	**3 400 000 $**

Par ailleurs, dans le cadre des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 5 M$, les projets suivants ont franchi les étapes décrites :

Projets de plus de 5 M$

Projet	Étape autorisée	Coût
Pavillon des sciences neurologiques – HEJ	Programme fonctionnel et technique (PFT)	72,0 M$
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec		635,0 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ – phase C de l'étape 3 (incluant équipements : 512 k$)		8,2 M$
Phase préparatoire – Agrandissement de L'HDQ	Exécution	26,8 M$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ	Mise à l'étude	18,7 M$
Construction d'un CHSLD de 32 lits sur le terrain du CLSC à Pont-Rouge (CSSS de Portneuf)	Exécution	10,2 M$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'IUSMQ (Centre hospitalier Robert-Giffard) – Autofinancé	Exécution	42 M$

Dans le cadre d'une décision de supporter financièrement les centres hospitaliers universitaires afin de combler les besoins immédiats en espaces pour satisfaire au programme d'enseignement des cohortes étudiantes 2009-2010 par la Faculté de médecine de l'Université Laval, le Ministère a accordé, le 16 juillet 2009, une allocation budgétaire non récurrente de 1 098 000 $, tandis que l'Agence a financé ces projets pour un montant de 731 000 $ puisé à même le solde de la réserve de l'exercice 2008-2009.

Financement des impacts immobiliers des cohortes étudiantes - Automne 2009

Établissement	Coût estimé non récurrent	Programme dédié à l'enseignement	Financement 60-40		$ Agence (40 %)
			Montant	$ Programme ministériel (60 %)	
IUCPQ	135 000 $	4 salles de consultation temporaires au CSJ dans 2 roulottes annexées au pavillon Notre-Dame	419 000 $	251 538 $	167 462 $
	75 000 $	3 salles de consultation au programme fibrose kystique			
	120 000 $	2 chambres de garde au pavillon central			
	89 000 $	6 salles de consultation polyvalentes aux pavillons central et Rousseau			
CHUQ/CHUL	970 000 $	10 salles de consultation polyvalentes, aménagement permanent	970 000 $	582 318 $	387 682 $
CHUQ/HSFA	50 000 $	2 salles de consultation permanentes en gynécologie	50 000 $	30 016 $	19 984 $
CHA	40 000 $	3 salles d'enseignement permanentes à l'unité de soins de chirurgie au niveau A-3000	390 000 $	234 128 $	155 872 $
	350 000 $	11 salles de consultation temporaires au JS-00			
Total	**1 829 000 $**	**41 places**	**1 829 000 $**	**1 098 000 $**	**731 000 $**

De plus, dans le cadre de la concrétisation du projet d'ouverture d'une deuxième salle dédiée à la chirurgie bariatrique au bloc opératoire de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le Ministère a accordé une allocation budgétaire non récurrente de 257 697 $ pour les travaux.

Finalement, dans le cadre du Plan québécois des infrastructures 2009-2014, afin d'accélérer la résorption du déficit d'entretien immobilier du réseau sociosanitaire québécois, le Ministère a alloué une enveloppe budgétaire non récurrente de 28 019 851 $ en sus de l'enveloppe récurrente de maintien d'actifs immobiliers.

Cette allocation vise à permettre aux établissements de notre région de réaliser les projets de maintien d'actifs immobiliers inscrits à leur plan de conservation et de fonctionnalité immobilières, qui permettent la résorption du déficit d'entretien immobilier et pour lesquels l'Agence émettra des avis de conformité. La distribution de cette enveloppe a été faite sur la base de la valeur de remplacement ajustée des établissements et un minimum de 70 % est alloué aux établissements, le solde de 30 % constituant une péréquation que l'Agence doit distribuer afin de compléter certains projets urgents qui ne peuvent raisonnablement être réalisés en phases. L'attribution de la réserve régionale sera complétée au cours de l'exercice 2010-2011.

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières

Distribution de l'enveloppe non récurrente (2009-2010) pour la résorption du déficit d'entretien (RDE)

Établissement		Enveloppe prévue ($)	
Nom	Total	Minimum établissement	Maximum Agence
		70 %	30 %
CHUQ	5 961 639	4 173 147	1 788 492
CJQ	577 259	404 081	173 178
IRDPQ	1 617 771	1 132 440	485 331
CSSS de Portneuf	701 610	491 127	210 483
CRDI de Québec	329 869	230 908	98 961
CSSS de la Vieille-Capitale	2 394 532	1 676 173	718 360
CSSS de Québec-Nord	1 119 656	783 759	335 897
CSSS de Charlevoix	1 220 050	854 035	366 015
IUSMQ	4 867 103	3 406 972	1 460 131
Hôpital Jeffery-Hale – Saint Brigid's	582 046	407 432	174 614
CHA	5 805 960	4 064 172	1 741 788
IUCPQ	2 838 620	1 987 034	851 586
Agence	3 735	0	3 735
Total	**28 019 851**	**19 613 895**	**8 405 955**

Note : Le montant alloué à l'Agence, soit 2 615 $ (70 % de 3 735 $), a été transféré dans la réserve régionale.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Équipements

Attribution du solde du fonds régional en équipement 2009-2010	**38 015 667 $**
Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet Équipement médical	25 124 970 $
Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet Équipement non médical et mobilier	5 536 390 $
Région 03 – Plan de maintien des actifs informationnels	3 783 274 $
CH*A* – Appareil de résonance magnétique 3 teslas (part régionale)	650 000 $
CHUQ – Robots de pharmacie (part régionale)	975 000 $
CSSS de Charlevoix – Tomodensitomètre axial (part régionale)	425 000 $
Région 03 – Remplacement de véhicules pour le transport des bénéficiaires	450 000 $
Région 03 – Lits électriques en CHSLD privés conventionnés (phase 3 de 3)	283 950 $
Réserve régionale – Volet Équipement médical	621 929 $
Réserve régionale – Volet Équipement non médical et mobilier	165 154 $
Dépenses de nature capitalisable 2009-2010	**4 108 465 $**
Enveloppe consolidation de services 2009-2010 (nouveau)	**1 271 569 $**
Région 03 – Réserve équipement en oxygénothérapie en CHSLD	40 000 $
Région 03 – Réserve de pompes pour thérapie à pression négative pour le parc régional (si nécessaire)	280 000 $
CHUQ – Réfrigérateurs de vaccins – Pandémie	30 000 $
IUSMQ – Mobilier et équipement – Unité B-200 – Hébergement temporaire – Clinique Roy-Rousseau	20 143 $
IUCPQ – Acquisition d'un appareil de plasmaphérèse régional – Opéré par des infirmières du CH*A*	70 000 $
CSSS de Charlevoix – Accessoires pour trois respirateurs de type soins intensifs – Pandémie	21 000 $
CH*A* – Réserve pour des projets de consolidation d'activités de laboratoires	180 000 $
IUCPQ – Deux colorateurs automatisés de lames microscopiques pour le laboratoire de pathologie	140 000 $
CHUQ – Ajout de divers petits appareils et petits équipements pour la Direction du regroupement de la clientèle, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels	330 000 $
Réserve non attribuée	160 426 $
Autorisations particulières 2009-2010	**18 005 934 $**
CH*A* – Appareil de résonance magnétique 3 teslas (part de la réserve ministérielle)	850 000 $
Pandémie d'influenza – Acquisition provinciale de respirateurs volumétriques – Phase 2	3 565 134 $
Pandémie d'influenza – Acquisition provinciale de respirateurs volumétriques (139 ventilateurs) – Phase 3	3 589 411 $
CH*A* – Acquisition de divers appareils de laboratoire et d'un appareil de mammographie numérique – HSS	907 000 $
CH*A* – Acquisition d'appareils de laboratoire – Laboratoire associé – Grippe A(H1N1)	141 800 $
CHUQ – Acquisition d'appareils de laboratoire – Laboratoire désigné – Grippe A(H1N1)	138 800 $

IUCPQ – Financement de l'acquisition du mobilier, des équipements et des ressources informationnelles requis pour l'ouverture d'une 2e salle dédiée à la chirurgie bariatrique au bloc opératoire	944 344 $
TCR de la Capitale-Nationale – Mise en place des mesures communes de sécurité informatique versus le plan d'information du réseau et de la mise en œuvre du Dossier de santé du Québec	500 000 $
Projet national de système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD)	1 981 038 $
Région 03 – Migration du réseau de télécommunication sociosanitaire au réseau intégré de télécommunication	397 000 $
Mise en place provinciale des éléments liés aux télécommunications et aux technologies de l'information en lien avec la pandémie de grippe A(H1N1)	2 067 000 $
Région 03 – Mise en œuvre du DSQ (imagerie diagnostique)	2 316 000 $
Région 03 – Développement et déploiement provincial du référentiel des organismes dispensateurs de services (RODIS) – Portion Agence	543 697 $
IUCPQ – Acquisition de 72 concentrateurs d'oxygène en lien avec le mandat régional de soutien à domicile (Pandémie)	64 710 $
Autorisations particulières 2009-2010 (projet de construction)	**3 028 000 $**
CHA – Acquisition du mobilier et de l'équipement médical spécialisé reliés au projet de construction d'un centre multidisciplinaire de développement de génie tissulaire	3 028 000 $
Aides techniques aux personnes handicapées – Subvention récurrente 2009-2010	**1 188 903 $**
IUCPQ – Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie – Récurrent – (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile	142 524 $
IRDPQ – Complément au financement 2009-2010 des Aides techniques des programmes «Triporteurs, quadriporteurs, ambulateurs, tricycles et vélos adaptés» pour l'est de la province – (PM) (solde du budget de l'année 2008-2009)	1 046 379 $
« Équipements – Soutien à domicile » – Subvention non récurrente 2009-2010	**999 296 $**
Ensemble des CSSS – Équipements aides techniques au service de soutien à domicile (SAD)	283 236 $
CSSS de Québec-Nord – Aides techniques aux personnes handicapées – Aide à la vie domestique et à la vie quotidienne pour le Parc régional centralisé des aides techniques	190 050 $
CSSS de Québec-Nord – Équipements diagnostiques et médicaux destinés au service et soutien à domicile (SAD) pour le Parc régional centralisé des aides techniques	526 010 $
Total	**66 617 834 $**
Subventions de la Fondation canadienne pour l'innovation 2009-2010	
Financement de 13 projets divers	**8 628 400 $**
Total	**8 628 400 $**

4.1.3 *Subventions aux organismes communautaires*

L'Agence s'est dotée, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), de la Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et de reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2008-2009 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires	Nombre d'organismes
Organismes en promotion et services	206
Organismes en maintien à domicile	29
Total	**235**

Subventions aux organismes communautaires

Sommaire	Subventions récurrentes		Subventions non récurrentes	Total	%
	$	%			
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES					
Financement de base					
Aide et entraide	8 272 418 $		0 $	8 272 418 $	
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 595 186 $		0 $	1 595 186 $	
Hébergement communautaire	5 907 073 $		0 $	5 907 073 $	
Milieux de vie	13 108 182 $		0 $	13 108 182 $	
Financement par objectifs	6 377 747 $		0 $	6 377 747 $	
Sous-total	35 260 606 $	93,56 %	0 $	35 260 606 $	92,49 %
PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE					
Violence, abus et négligence envers les enfants					
et troubles de comportement des jeunes	13 697 $		0 $	13 697 $	
Violence faite aux femmes en milieu familial	32 943 $		0 $	32 943 $	
Toxicomanie	32 336 $		0 $	32 336 $	
Santé mentale	132 543 $		0 $	132 543 $	
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	96 949 $		0 $	96 949 $	
Lutte à la pauvreté	127 773 $		0 $	127 773 $	
Sous-total	436 241 $	1,16 %	0 $	436 241 $	1,14 %
AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT					
Activités en santé mentale	755 154 $		0 $	755 154 $	
Autres montants récurrents	1 019 575 $		0 $	1 019 575 $	

Sommaire	Subventions récurrentes		Subventions non récurrentes	Total	%
	$	%			
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	217 412 $		0 $	217 412 $	
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie			25 000 $	25 000 $	
Autres montants non récurrents			409 750 $	409 750 $	
Sous-total	1 992 141 $	5,29 %	434 750 $	2 426 891 $	6,37 %
Total	**37 688 988 $**	**100,00 %**	**434 750 $**	**38 123 738 $**	**100,00 %**

4.2 Rapport de la direction

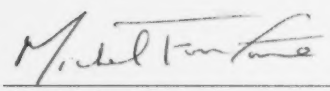
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

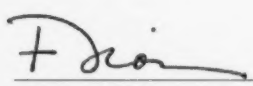
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme comptable Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.



Michel Fontaine
Président-directeur général



François Dion
Directeur régional du financement,
des immobilisations et de l'informatique

4.3 *Rapport du vérificateur externe et états financiers condensés de l'Agence*

4.3.1 *Rapport du vérificateur externe sur les états financiers condensés*

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport des vérificateurs externes sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton
s.e.n.c.r.l.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-2939
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2010 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 31 mai 2010. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 3, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 3.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International Ltd

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.[1]

Québec, le 12 août 2010

[1] Comptable agréé auditeur permis n°7461

4.3.2 *Fonds d'exploitation*

Résultats

	Exercice terminé le 31 mars 2010			
	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS				
Subventions Ministère :				
Budget signifié	14 986 842	14 546 390	68 064	65 917
(Diminution) ou augmentation du financement	666 691	774 109		
Variation des revenus reportés – Ministère	-99 666		3 183	19 661
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – Variation des provisions	-449	26 542		
	15 553 418	15 347 041	71 247	85 578
Revenus de placements	5 466	6 203	15 609	75 268
Revenus d'autres sources :				
▪ Recouvrements	9 449	49 657		
▪ Ventes de services	3 144 145	3 053 775		
▪ Subventions du gouvernement fédéral	7 400	6 612		
▪ Autres revenus	653 554	444 270	74 563	72 381
	19 373 432	18 907 558	161 419	233 227
CHARGES D'EXPLOITATION				
Salaires	9 916 218	9 971 376	48 804	5 914
Avantages sociaux	2 602 340	2 399 404		5 842
Charges sociales	1 241 819	1 228 112	4 589	1 408
Frais de déplacement et d'inscription	182 811	260 398	1 054	
Services achetés	1 344 219	1 315 384	10 934	63 272
Communications	304 221	318 194	75 460	62 699
Loyer	1 034 985	1 106 568		
Location d'équipement	72 884	73 276		
Fournitures de bureau	290 410	300 700		
Transferts à des établissements	42 486	21 825		
Autres frais	1 857 397	1 773 876	5 866	12 000
Charges non réparties		3 476		
Transfert de frais généraux	-193 000	-191 000		
	18 696 790	18 581 589	146 707	151 135
EXCÉDENT / DÉFICIT	676 642	325 969	14 712	82 092
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-350 099	-217 567		
Excédent / Déficit après contributions	326 543	108 402	14 712	82 092

4.3.3 *Fonds des activités régionalisées*

Résultats

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	5 850 885	5 094 743
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	3 790 698	1 816 705
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable	-37 953	
Contributions des établissements	1 532 262	157 200
Revenus de placements	34 584	158 301
Revenus d'autres sources :		
▪ Ventes de services	785 835	
▪ Autres revenus	1 496 538	3 627 126
	13 452 849	10 854 075
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	2 774 127	2 480 257
Avantages sociaux	659 998	692 081
Charges sociales	376 931	334 633
Frais de déplacement et d'inscription	48 879	71 225
Services achetés	3 462 216	3 528 096
Communications	333 061	372 779
Loyer	58 148	76 289
Location d'équipement	6 179	8 246
Fournitures de bureau	109 180	134 494
Autres frais	4 096 609	2 622 443
Transfert de frais généraux	193 000	389 078
	12 118 328	10 709 621
EXCÉDENT / - DÉFICIT	1 334 521	144 454
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)		
En provenance de fonds affectés (+)	205 078	
Affectées au fonds d'exploitation (-)		-191 000
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	-104 436	-130 027
Excédent / Déficit après contributions	1 435 163	-176 573

4.3.4 *Fonds d'immobilisations*

Résultats

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
PRODUITS		
Ministère :		
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	21 991 706	
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	12 255 833	
Autres revenus	377 726	
	34 625 265	
CHARGES		
Frais d'intérêts :		
▪ Corporation d'hébergement du Québec	3 350 287	
▪ Financement-Québec	9 682 308	
Frais de gestion autorisés : Salaires, avantages sociaux et charges sociales	225 000	
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	20 565	
Amortissement – Immobilisations détenues au 31 mars 2008	22 292 809	
Amortissement – Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	773 854	
Perte sur disposition d'immobilisations	2 347	
	36 347 170	
EXCÉDENT / - DÉFICIT	-1 721 905	
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)		
En provenance du fonds d'exploitation-activités principales (+)	350 099	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	104 436	
De fonds affectés (+)	1 267 370	
Excédent / Déficit après contributions		

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2009-2010.

4.3.5 *Fonds d'exploitation*

Solde de fonds

		Exercice terminé le 31 mars 2010		
		Activités principales $	Avoir propre $	Total $
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT		506 368	2 545 836	3 052 204
Addition / Déductions	Reports			
Activités principales :				
Excédent / Déficit de l'exercice	676 642			
Transfert interfonds (affectations) :				
▪ Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-350 099			
Excédent / Déficit après contributions	326 543	326 543		326 543
Activités accessoires :				
Excédent / Déficit de l'exercice			14 712	14 712
Libérations de surplus		-108 299	108 299	
Variation de l'exercice		218 244	123 011	341 255
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN		724 612	2 668 847	3 393 459

4.3.6 *Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées*

Solde de fonds

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Fonds d'immobilisations $	Fonds des activités régionalisées $
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT		7 030 152
Addition / Déductions		
Activités principales :		
Excédent / Déficit de l'exercice	-1 721 905	1 334 521
Transfert interfonds (provenance) :		
▪ Contributions du fonds d'exploitation (+)	350 099	
▪ Contributions de fonds des activités régionalisées (+)	104 436	
▪ Contributions de fonds affectés (+)	1 267 370	205 078
Transfert interfonds (affectations) :		
▪ Contributions au fonds d'immobilisations (-)		-104 436
Variation de l'exercice		1 435 163
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN		8 465 315

4.3.7 *Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées*

Bilan

	Exercice terminé le 31 mars 2010			
	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	3 879 555	2 765 314	8 423 784	7 705 093
Débiteurs :				
▪ Ministère	48 189	91 283	1 064 219	212 731
▪ Établissements publics	109 204	206 091	1 328 890	675 084
▪ Autres	1 408 788	1 996 915	97 801	826 075
	5 445 736	5 059 603	10 914 694	9 418 983
Subvention à recevoir – Réforme comptable	1 497 099	1 497 548	158 873	196 826
TOTAL DE L'ACTIF	6 942 835	6 557 151	11 073 567	9 615 809
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			185 131	94 019
Créditeurs :				
▪ Ministère				
▪ Établissements publics	14 344	46 521	883 143	211 381
▪ Salaires courus à payer			929	
▪ Autres	1 519 373	1 540 262	1 369 378	1 567 732
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	5 866			
Autres revenus reportés	369 494	271 578		499 734
Provision pour vacances, congés de maladie	1 608 584	1 646 586	169 671	212 791
Autres éléments	31 715			
	3 549 376	3 504 947	2 608 252	2 585 657
SOLDE DE FONDS	3 393 459	3 052 204	8 465 315	7 030 152
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	6 942 835	6 557 151	11 073 567	9 615 809

4.3.8 *Fonds d'immobilisation*

Bilan

	Au 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
ACTIF		
À court terme		
Encaisse		
Avances de fonds aux établissements publics	60 090 964	
Débiteurs Ministère	1 926 292	
Autres éléments	720 863	
À long terme		
Immobilisations	120 584 746	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – Écart de financement – Réforme comptable	266 777 211	
Autres éléments d'actifs	170 739	
TOTAL DE L'ACTIF	450 270 815	
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	368 125	
Emprunts temporaires	145 520 420	
Intérêts courus à payer :		
▪ Financement-Québec	2 284 339	
▪ Corporation d'hébergement du Québec	-358 047	
▪ Autres	11 956	
Autres éléments	24 411 426	
À long terme		
Dette à long terme	278 032 596	
TOTAL DU PASSIF	450 270 815	
SOLDE DE FONDS		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	450 270 815	

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le Ministère au rapport financier 2009-2010.

4.3.9 *Fonds affectés cumulés*

Bilan

	Au 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	6 588 566	9 642 061
Débiteurs :		
▪ Ministère	3 196	2 642 196
▪ Établissements publics		80 000
▪ Autres	414 892	56 470 739
Charges payées d'avance		275 715
Autres éléments		172 262 136
TOTAL DE L'ACTIF	7 006 654	241 372 847
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	127 719	807 987
Emprunts temporaires		55 141 681
Intérêts courus à payer :		2 402 196
Créditeurs et charges à payer :		
▪ Établissements publics	12 061	98 638
▪ Organismes	85 497	
▪ Autres	1 082 636	1 485 219
Provision pour vacances, congés de maladie		-10 409
Autres éléments	331 909	172 316 449
	1 639 822	232 241 761
SOLDE DE FONDS	5 366 832	9 131 086
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	7 006 654	241 372 847

4.3.10 *Fonds affectés cumulés*

Résultats

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
PRODUITS		
Ministère	36 154 387	34 757 130
Récupération par le Ministère		3 640 967
Crédits régionaux		16 134
Variation des revenus reportés – Ministère et crédits régionaux	708 780	2 304 186
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable	-10 410	
Revenus de placements	55 810	192 381
Revenus d'autres sources :		
▪ Subventions du gouvernement fédéral	44 442	44 073
▪ Autres subventions	1 035 622	2 001 824
▪ Autres revenus	8 391 795	8 423 090
	46 380 426	51 379 785
CHARGES		
Établissements publics	748 210	36 303
Intérêts sur emprunts		12 770 229
Charges d'exploitation :		
▪ Salaires	174 881	145 877
▪ Avantages sociaux	33 890	22 826
▪ Charges sociales	22 262	18 567
▪ Frais de déplacement et d'inscription	681	938
▪ Services achetés	3 561 083	4 436 891
▪ Fournitures de bureau	2 990	4 221
▪ Autres charges d'exploitation	7 724	19 100
Autres charges	44 120 511	37 567 106
	48 672 232	55 022 058
EXCÉDENT / DÉFICIT	-2 291 806	-3 642 273

4.3.11 *Fonds affectés cumulés*

Solde de fonds

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR AU DÉBUT	9 131 086	8 533 023
Addition / Déductions		
Excédent / Déficit de l'exercice	-2 291 806	-3 642 273
Transfert interfonds (affectations) :		
■ Contributions de fonds des activités régionalisées (-)	-103 148	-300 000
■ Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-1 267 370	-42 591 270
Transferts interfonds	-101 930	
Autres additions		-147 576 932
Variation de l'exercice	-3 764 254	-194 110 475
Réforme comptable – Autres redressements demandés par le Ministère		194 708 538
SOLDE CRÉDITEUR / DÉBITEUR À LA FIN	5 366 832	9 131 086

4.3.12 *État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits*

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	1 889 574 467	1 815 614 758
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 781 570 147	1 703 251 481
Allocations aux organismes communautaires	38 286 062	38 501 261
Allocations à d'autres organismes	16 511 667	16 131 892
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 836 367 876	1 757 884 634
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence	40 731 304	38 744 741
Autres	37 500	26 400
	1 877 136 680	1 796 655 775
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	12 437 787	18 958 983
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés	12 192 983	11 026 787
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :		
Comptes à payer signifiés		3 626 321
Comptes à payer non signifiés		4 155 374
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	12 192 983	18 808 482
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	244 804	150 501
ÉXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS		
Information additionnelle		
Financement alloué par le Ministère non inscrit au système SBF-R	27 815 173	10 531 848
Comptes à payer signifiés aux établissements	18 422 469	10 345 827

4.4 Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2009

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les agences relevant du Ministère.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'Agence dans ce rapport financier annuel, s'écartant sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada, sont les suivantes :

i) la fraction de la dette à long terme échéant à moins d'un an n'est pas présentée à court terme;

ii) l'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires;

iii) l'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 – Information à fournir concernant le capital du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) n'est pas présentée dans les états financiers;

iv) l'état des résultats des différents fonds est présenté de façon comparative à l'exception du fonds d'immobilisations.

Note 3 – Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'Agence pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les charges et les produits des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus du secteur public publiés par l'ICCA.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court terme et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluent tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui est présenté à titre de produits reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation des immobilisations;

- le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissement ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

- le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou à des services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des produits et des charges, les transferts de et à un autre fonds d'une agence sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, il est toutefois tenu en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets, de ses pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'une agence est appelée à fournir et qui sont essentiels à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère;
- activités accessoires : les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Centres d'activité

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activité.

Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activité sont subdivisés en sous-centres.

Constatation des produits

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'Agence reçoit les immobilisations et virés aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les charges de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du produit. Ils sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et aux organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

Autres produits

Les autres produits sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Bâtiments	20 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10
Mobilier	5 ans
Matériel et équipements	3 à 5 ans
Équipements spécialisés	25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de	10 ans
Location – Acquisition	Selon la durée du bail ou de l'entente

Frais reportés

Frais d'émission, d'escompte et de prime liés aux emprunts.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur les emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de produits reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des produits sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les produits, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement est comptabilisé aux produits de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme produit perçu d'avance.

Produits reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des produits reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les produits sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les charges et les services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les produits reportés découlent des situations suivantes :

i) revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les produits reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises gouvernementaux à prestations déterminées étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 4 – Flux de trésorerie

Pour l'exercice 2009-2010, les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés sont présentés à l'état des flux de trésorerie regroupés à la page 825 du rapport financier annuel.

Note 5 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2010, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 50 000 000 $ et en équipements de 75 000 000 $, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixe pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible.

Le montant inutilisé au 31 mars 2010 est de 40 251 925 $, dont 21 499 276 $ sur la marge de 50 000 000 $ et 18 752 649 $ sur la marge au montant de 75 000 000 $.

En date du 2 février 2010, l'Agence s'est prévalue de la nouvelle offre de services bancaires de la Banque Nationale du Canada pour une période de trois ans, entrant en vigueur le 1er avril 2010.

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,97 % et 6,31 % est payable semestriellement.

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

	2010
	278 032 596 $
Année	**Montant**
2011	48 809 460 $
2012	40 469 352 $
2013	40 705 520 $
2014	40 966 513 $
2015	87 671 823 $

Note 7 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le Ministère et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2010, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

Note 8 – Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la Corporation d'hébergement du Québec, en vertu d'un bail à long terme, échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux périodes additionnelles de cinq ans.

L'Agence a également conclu, avec la Corporation d'hébergement du Québec, une location d'immeuble. Le bail débute le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en mars 2008, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'aile « C » du Pavillon Arthur-Vallée de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Ce bail couvre la période du 1er septembre 2005 au 31 mars 2011. Au moins 12 mois avant la date d'échéance, à défaut de l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie, le bail se renouvelle d'année en année.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2010 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 858 913 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2011	1 473 494 $
2012	1 120 982 $
2013	1 120 982 $
2014	1 120 982 $
2015	1 120 982 $
2016 et subséquentes	5 604 519 $
	11 561 941 $

L'Agence s'est engagée, d'après des contrats de location à long terme échéant jusqu'en 2013, à verser 38 483 $ pour des photocopieurs. Les paiements minimums exigibles pour les prochains exercices s'élèvent à 37 463 $ en 2011, à 612 $ en 2012 et à 408 $ en 2013.

L'Agence a de plus signé un contrat pour des services d'entretien ménager, du 1er avril 2009 au 31 mars 2012, pour un total de 359 293 $. Les paiements minimums exigibles pour les prochains exercices s'élèvent à 119 764 $ en 2011 et 2012.

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

5. *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés*

5.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le présent Code d'éthique et de déontologie est une version actualisée du document *Code d'éthique* adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle de ces personnes en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de notre organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette dernière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tous et chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect de nos obligations déontologiques et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I PRINCIPES ÉTHIQUES

1 **Principes éthiques :** les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

1.1 Impartialité : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

1.2 Loyauté : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

1.3 Respect : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs :** les membres du conseil d'administration de l'Agence, incluant le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 Information : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 Discrétion : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 Prudence et diligence : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 Honnêteté : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il doit éviter de se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 Absence de conflit d'intérêts : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;
- doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;

- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 Acceptation d'avantages et rémunération : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 Service public : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 L'après-mandat : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 Service public : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.

3.2 Discrétion : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit

adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.

3.3 Honnêteté : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 Conflits de rôles : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4 **Gestionnaires :** les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 Absence de conflit d'intérêts : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5 **Employés :** les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 Information : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1).

5.2 Compétence : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.

5.3 Assiduité : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 Service public : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 Discrétion : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son

attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 Absence de conflit d'intérêts : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 Exclusivité du service : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 Honnêteté : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6 Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION

7 Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8 Partenaires et employés

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

DÉCLARATION

relative au Code d'éthique et de déontologie
des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Je, _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires d'une personne morale, d'une société ou d'une entreprise commerciale identifiée ci-après :

_____

_____

Nommer la personne morale, société ou entreprise concernée.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié nommé ci-après :

_____

_____

Nommer la personne morale, la société, l'entreprise ou l'organisme concerné.

3. J'occupe les emplois suivants :

Titre d'emploi Employeur

_____

_____

_____

Préciser l'emploi et nommer l'employeur.

4. Je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ _____,

le _____ 2009.

_____

_

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Annexes

ANNEXE 1

Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1° Quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Dubé, Sylvie	Infirmière clinicienne, CSSS de Portneuf	23-03-2014
Perreault, Isabelle	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, IUCPQ	23-03-2014
dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 119[1] ou au 1er alinéa de l'article 126[2] de la LSSSS[8] :		
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers – CHSLD, CSSS de la Vieille-Capitale	23-03-2014
et une personne œuvrant pour un établissement visé à l'article 120[3], 121[4], 124[5] ou 125[6] ou au 2e alinéa[7] de l'article 126 de la LSSSS :		
Lepage, Geneviève	Opératrice de projet pour l'implantation des pompes volumétriques dans le CHUQ	23-03-2014
2° Deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :		
Pelletier, Thérèse	Directrice des soins infirmiers, CHUQ	23-03-2014
Benoît, Diane	Directrice des soins infirmiers, IUCPQ	23-03-2014
3° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Beaulieu, Nathalie	Enseignante, Cégep de Sainte-Foy	23-03-2014
4° Une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :		
Roch, Geneviève	Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval	
5° Deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, CSSS de Portneuf – Centre d'hébergement Saint-Casimir	23-03-2014
Paquet, Sylvie	Infirmière auxiliaire, CHA	23-03-2014
6° Une personne désignée par les membres visés aux paragraphes 1° à 5°, reconnue pour son expertise de pointe dans la pratique clinique des soins infirmiers :		
Poste vacant	Infirmière praticienne spécialisée, CLSC de la Basse-Ville – de Limoilou	23-03-2014
7° Le président-directeur général ou la personne qu'il désigne à cette fin :		
Fontaine, Michel	Président-directeur général, Agence	23-03-2014
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Gallant, Claudia	Vice-présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec	23-03-2014

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Gaudreau, Martine	Directrice adjointe des soins infirmiers, IUSMQ	23-03-2014
Pétrin, Johanne	Infirmière de liaison, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	23-03-2014
Rae, Linda	Directrice des soins infirmiers, CSSS de Charlevoix	23-03-2014

Notes :

1. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant une instance locale ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée.
2. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier.
3. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de réadaptation (CR) pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.
4. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes ayant une déficience physique.
5. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.
6. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.
7. Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire.
8. Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

ANNEXE 2

Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale

Présidente : Vacant | Vice-présidente : Sylvie Morin | Secrétaire : Vacant

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1^{0} Trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Nadeau, Sylvie	Gestionnaire – Services psychosociaux, CJQ	
Audet, Nicole	Agente de relations humaines, CJQ	
Dufour, Carole	Travailleuse sociale, CSSS de Charlevoix	
2^{0} Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Lecours, Lynn	Gestionnaire – Conseillère clinicienne en ergothérapie, CSSS de la Vieille-Capitale	
Martin, Manon	Physiothérapeute, CHUQ	
Morin, Sylvie	Physiothérapeute, IUSMQ (clientèle adulte)	
3^{0} Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Vacant		
Lafontaine, Annie	Technologiste médicale, IUCPQ	
Bilodeau, Steeve	Éducateur spécialisé, CSSS de la Vieille-Capitale	
4^{0} Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Adjointe au directeur des études – Cégep de Sainte-Foy	
5^{0} Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Noreau, Luc	Professeur titulaire à l'Université Laval et chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale	
6^{0} Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Vacant		
7^{0} Le président-directeur général de l'Agence		
Fontaine, Michel	Président-directeur général	
8^{0} Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs		
Caron, Kathleen	Psychoéducatrice, CSSS de Portneuf	
St-Laurent, Anne	Travailleuse sociale, IUCPQ	

ANNEXE 3

Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale

Président : Dr Jacques Villeneuve

Nom	Département ou poste et provenance
1° Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée venant de trois domaines cliniques différents :	
Dre Labonté, Édith	Vice-présidente – Psychiatrie, CHA, CHUQ, IUCPQ et IUSMQ A démissionné en cours d'année
Dr Piedboeuf, Bruno	Vice-président – Pédiatrie, CHUL du CHUQ
Dr Villeneuve, Jacques	Président - Anesthésiologie, IUCPQ
2° Cinq à sept membres nommés par les membres élus parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :	
Dr Brassard, Normand	Obstétrique-gynécologie, CHUL du CHUQ
Dr Gariépy, Jean-Luc	Imagerie médicale, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dr Normand, Michel	Médecine interne, CHUL du CHUQ
Dr Philippon, François	Cardiologie, IUCPQ
Dr Potvin, Martin	Chirurgie-anesthésiologie, CSSS de Charlevoix
Dr St-Pierre, Sylvain	Oto-rhino-laryngologie, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
Dre Trottier, Sylvie	Médecine de laboratoire, IUCPQ
3° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :	
Dr Leblanc, Pierre	Vice-doyen aux affaires cliniques
4° Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :	
Dre Hallet, Julie	Résidente en chirurgie générale, Faculté de médecine de l'Université Laval remplacée en cours d'année par Dr Steve Radermaker, médecin résident en psychiatrie
5° Le président-directeur général de l'Agence, ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :	
Fontaine, Michel	Président-directeur général

ANNEXE 4

Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

Président : Jean Robert

Noms	Occupation et employeur	Centre ou établissement
1° Le directeur général de l'établissement désigné, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ou son représentant		
Hanrahan, Louis	Directeur général Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	Hôpital Jeffery-Hale – Saint-Brigid's
2° Deux personnes issues des CSSS de la région		
Boisvert, Lisane	Directrice des services généraux et de la santé publique CSSS	CSSS de Québec-Nord
Matte, Hugues	Directeur général CSSS	CSSS de la Vieille-Capitale
3° Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale		
Gignac, François	Directeur des services professionnels, de la recherche et de la programmation, par intérim Gestionnaire d'accès CRDI de Québec	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
4° Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques		
M[e] Morency, Bernard	Directeur des affaires juridiques CHUQ	CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec
5° Une personne issue du CJQ		
Beaudry, Jacinthe	Directrice de la sous-région Québec-Sud CJQ	CJQ
6° Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité		
Grogan, Gertrude	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home et Hôpital Jeffery Hale	Saint Brigid's Home et Hôpital Jeffery Hale

Noms	Occupation et employeur	Centre ou établissement
7^0 Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		
Robert, Jean	Directeur Campus director CEGEP Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College	Champlain – St. Lawrence Champlain Regional College
Walling, Richard	Directeur général Les partenaires communautaires Jeffery Hale	Les partenaires communautaires Jeffery Hale
Sheehan, Joan	Directrice générale Municipalité Saint-Gabriel-de-Valcartier	Garnison Valcartier
Golin Gignac, Jean-Sébastien	Directeur général Voice of English-speaking Quebec	Voice of English-speaking Quebec
8^0 Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Lecours, Carole	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 5

Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale

Président : Georges-Émile Bourgault
Vice-présidente : Sylvie Bouchard

Titulaire	Provenance	Fin de mandat
1^{0} Deux représentants du collège « pharmaciens propriétaires »		
Fortin, Hélène	Laurier Lavoie, Marcel Tremblay, Hélène Fortin, pharmaciens	2012-10-28
Gingras, Marie-Hélène	Gingras, Hébert et Ferlatte, pharmaciens	2010-09-19
2^{0} Deux représentants du collège « pharmaciens salariés communautaires »		
Villeneuve, Denis	Dubé, Perreault et Villeneuve, pharmaciens	2012-11-21
Bourgault, Georges-Émile	Yves Boissinot et Andrée Thiffault, pharmaciens, s.e.n.c.,	2010-10-12
3^{0} Deux représentants du collège « chefs de département – établissement »		
Ainsley, Dominique	CSSS de la Vieille-Capitale, membre coopté jusqu'au 30 septembre 2009	2012-10-28
Carrier, Pierrette	CSSS de la Vieille-Capitale, membre coopté depuis le 11 novembre 2009	2012-10-28
Lepage, Éric	Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	2012-10-28
4^{0} Deux représentants du collège « pharmaciens salariés – établissement »		
Bouchard, Sylvie	CHUQ (L'Hôtel-Dieu de Québec), membre coopté	2012-10-28
Bourassa, Élisabeth	CH*A* (Hôpital du Saint-Sacrement)	2010-10-12
5^{0} Un représentant désigné par le conseil de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval		
Lower, Jenny	Pharmacienne, adjointe au doyen, Faculté de pharmacie, Université Laval	2010-11-20
6^{0} Président-directeur général de l'Agence		
Fontaine, Michel	Président-directeur général, membre d'office	---

ANNEXE 6

Liste des membres du Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale

Chef de département : Jacques Bouchard, M.D.

Nom	Milieu de pratique médicale	Partie de territoire (secteur)	Représentativité	Fin de mandat
1° Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG :				
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier	2013-05-19
Boucher, Guy	CSSS de la Vieille-Capitale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	UMF-CLSC	2013-05-19
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD	2013-05-19
2° Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1° :				
Carrier, Pierre	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	CLSC-CHSLD	2012-11-12
Cholette, Pascale	CSSS de la Vieille-Capitale	Québec-Centre	CLSC	2013-03-14
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Dubé, Serge	Clinique médicale Pierre-Bertrand	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2013-04-13
Brunet, François	CSSS de Portneuf	Portneuf	CLSC	2013-03-14
Lachance, Pierre	Centre médical Saint-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels	2011-05-21
Fallu, Bernard	Clinique médicale Val-Bélair	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Robitaille, Michel	CSSS de Québec-Nord	Orléans	CHSLD	2013-04-13
Renaud Pascal	CHA	Québec-Centre	Centre hospitalier affilié universitaire	2013-01-01
3° Le président-directeur général de l'Agence ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Fontaine, Michel	Agence			
4° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
Béland, Guy	Unité de médecine familiale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Faculté de médecine – Université Laval	2013-01-14

ANNEXE 7
Liste des cliniques-réseau

- Clinique-réseau Giffard
- Clinique-réseau Vanier des Rivières
- Clinique-réseau Sainte-Foy-Laurentien
- Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou
- Clinique-réseau Le Mesnil
- Clinique-réseau des Promenades
- Clinique-réseau Val-Bélair
- Clinique-réseau La Cité Médicale

Total : 8

ANNEXE 8
Liste des groupes de médecine de famille

■ GMF Berger	■ GMF Le Nordet
■ GMF Centre médical Beauport	■ GMF Orléans
■ GMF du Carrefour	■ GMF Pierre-Bertrand
■ GMF Charlesbourg	■ GMF Portneuf Nord-Ouest
■ GMF Charlevoix-Est	■ GMF Portneuf Sud-Est
■ GMF Charlevoix-Ouest	■ GMF Quatre-Bourgeois
■ GMF Duchatel	■ GMF Centre médical Sainte-Foy
■ GMF de l'UMF Haute-Ville	■ GMF Saint-Louis
■ GMF L'Ancienne-Lorette/Les Saules	■ GMF Saint-Vallier
■ GMF l'Hêtrière	■ GMF de Sillery
■ GMF Loretteville	■ GMF CLSC La Source
■ GMF - UMF Maizerets	■ GMF Val-Bélair - Valcartier
■ GMF Le Mesnil	■ GMF La Cité Médicale
■ GMF Neufchâtel	

Total : 27

ANNEXE 9
Plan régional des effectifs médicaux en spécialité

Spécialité	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS Charlevoix		CSSS de la Vieille-Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPQ		Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Allergie-immunologie pédiatrique	2	2																			2	2
Allergie-immunologie	6	6	1	2																	7	8
Anatomo-pathologie	17	17	13	12	4	4															34	33
Anesthésiologie	46	45	32	33	15	15			1	2											94	95
Biochimie médicale	9	9	6	5	1	1															16	15
Cardiologie	18	19	16	16	32	31									1	0					67	66
Cardiologie pédiatrique	5	5																			5	5
Chirurgie générale	16	15	14	14	6	6			2	4											38	39
Chirurgie G. pédiatrique	2	2																			2	2
Chirurgie vasculaire	7	8																			7	8
Chirurgie thoracique					5	4															5	4
Chirurgie orthopédique	18	19	12	12					1	1											31	32
Chirurgie plastique	7	7	7	7																	14	14
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique					9	11															9	11
Dermatologie	9	10	6	6	1	0															16	16
Endocrinologie	10	10	2	4																	12	14
Endocrinologie pédiatrique	3	4																			3	4
Gastro pédiatrique	4	4																			4	4
Gastro-entérologie	12	12	8	8	1	1															21	21
Génétique médicale	4	6																			4	6
Gériatrie	7	7	6	6	1	0															14	13
Hématologie oncologie adulte	13	13	13	12	2	1															28	26
Hématologie pédiatrique	3	4																			3	4
Médecine d'urgence	9	9	16	16																	25	25

Spécialité	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS Charlevoix		CSSS de la Vieille-Capitale		CSSS de Québec-Nord		IRDPQ		Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
Médecine interne	18	19	12	13	6	6							1	1							37	39
Médecine nucléaire	6	6	2	3	3	3															11	12
Microbiologie médicale	15	16	7	7	2	2													2	0	26	25
Néphrologie	15	14			4	3															19	17
Néphrologie pédiatrique	2	2																			2	2
Neurologie	5	5	16	16			2	2													23	23
Neurologie pédiatrique	4	5																			4	5
Neurochirurgie			13	13																	13	13
Obstétrique-gynécologie	46	47																			46	47
Ophtalmologie			32	31					0	1											32	32
Oto-rhino-laryngologie	14	14	9	9							1	0									24	23
Pédiatrie générale	22	23	1	3																	23	26
Pédiatrie maladies infectieuses	3	2																			3	2
Pédiatrie néonatologie	11	10																			11	10
Pédiatrie soins intensifs	6	5																			6	5
Physiatrie	1	1	6	6											4	4	1	1			12	12
Pneumologie	5	4	4	5	21	21															30	30
Pneumologie pédiatrique	3	3																			3	3
Pédo-psychiatrie	17	19							0	1											17	20
Psychiatrie adulte							93	96													93	96
Radiologie diagnostique	32	31	19	19	9	9			1	1	0	1	1	1			1	0			63	62
Radio-oncologie	19	20																			19	20
Rhumatologie	9	10																			9	10
Rhumatologie pédiatrique	1	2																			1	2
Santé communautaire	18	18																	30	29	48	47
Urologie	15	14	3	3					1	1											19	18
Total	**514**	**523**	**276**	**281**	**122**	**118**	**95**	**98**	**6**	**11**	**1**	**1**	**2**	**2**	**5**	**4**	**2**	**1**	**32**	**29**	**1 055**	**1 068**

EP : Effectifs en place.
PR : PREM.

ANNEXE 10
Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique

Établissement	PREM 2009	PEM ajusté après la diminution de 10 %	Nombre de postes en moins	Effectifs en place au 31 mars 2009
CHUQ	142	128	14	143
CHA	50	45	5	50
CSSS de Québec-Nord	81	73	8	87
CSSS de la Vieille-Capitale	80	72	8	80
CSSS de Portneuf	38	34	4	38
CSSS de Charlevoix	41	37	4	41
IUSMQ	17	15	2	15
IUCPQ	31	28	3	33
IRDPQ	10	9	1	10
Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's	17	15	2	17
	Diminution totale de postes :		**52***	

Note : Pour l'année 2009, qui s'échelonne entre le 1er décembre 2009 et le 30 novembre 2010, le PREM en omnipratique renferme les éléments suivants : 4 postes réservés à des médecins nouveaux facturants ou finissants, 19 postes pour des médecins en mobilité interrégionale.

*: La diminution du PREM de 10 % signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du Département régional de médecine générale.

ANNEXE 11
Liste des services de premiers répondants de la région de la Capitale-Nationale

Municipalité	Date de la mise en service	Fin des activités du service
Shannon	1998	
Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000	
Pont-Rouge	2000	
Saint-Ubalde	2000	2008
Neuville	2001	2009
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	2005	
Sainte-Brigitte-de-Laval	2004	
L'Ancienne-Lorette	2007	2009

ANNEXE 12
Transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports		
			2007-2008	2008-2009	2009-2010
301 302 303 343	Charlevoix	CTAQ	2 836	2 813	144 1 286 1 283 120
		Sous-total	2 836	2 813	2 833
304	Sainte-Anne-de-Beaupré	Ambulance Côte-de-Beaupré inc.	1 794	1 776	1 740
305 306 307 308 309	Québec métropolitain	Ambulances Inter-Cités Ambulances Nord-Sud CTAQ	42 846	45 226	41 964
		Sous total	47 476	47 042	43 704
310	Saint-Raymond	Ambulances Portneuf	1 339	1 553	1 543
311	Saint-Marc-des-Carrières	Ambulances Guy Denis & Fils ltée Ambulance Paré ltée	1 212	1 257	1 382
312	Donnacona	Ambulances Benoît ltée	1 468	1 386	1 350
342	Parc des Laurentides	CTAQ	73	83	79
346	Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	Ambulance Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	349	310	283
		Sous-total	4 441	4 589	4 640
		Total	**51 917**	**54 444**	**51 174**

Source : SISPUQ.

ANNEXE 13
Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2009-2010

La remise des Prix d'excellence – Édition 2009-2010 aura lieu le 7 octobre 2010. Par conséquent, les lauréats seront connus après cette date.

En 2008-2009 :

- ***le Centre jeunesse de Québec*** a mérité un prix d'excellence dans la catégorie *Partenariat*, pour l'Opération Scorpion au Guide de prévention et d'intervention en prostitution juvénile.
- ***Mme Claudette Gagnon-Dionne et Dr Louis Dionne*** de La Maison Michel Sarrazin ont remporté le Prix reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle.

ANNEXE 14
Programme de soutien aux organismes communautaires

FINANCEMENT DE BASE

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	83 098 $	71 590 $
03-06312	AIDANTS (TES) NATURELS (LES) DE CHARLESBOURG (LES)	26 111 $	9 128 $
03-06159	AIDONS-LAIT	31 074 $	26 138 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	50 079 $	48 657 $
03-05855	ASSOCIATION BENEVOLE COTE DE BEAUPRE	81 435 $	70 865 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	104 432 $	92 965 $
03-05854	ASSOCIATION BENEVOLE DE L'ILE D'ORLEANS (L')	26 333 $	25 092 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE REGION DE QUEBEC	31 074 $	26 138 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULÉS F.L.A.M. (L')	128 651 $	124 882 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	27 033 $	26 138 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	42 245 $	41 662 $
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	79 658 $	78 558 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	79 809 $	78 707 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	329 367 $	324 820 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	59 247 $	55 983 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	96 489 $	95 157 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	78 769 $	77 681 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	88 159 $	84 486 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	134 824 $	132 963 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	77 698 $	76 625 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUEBEC INC. (LE)	116 256 $	114 651 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	729 622 $	701 958 $
03-06092	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE CHARLEVOIX	196 598 $	164 565 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	101 203 $	99 806 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	209 698 $	206 803 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	78 769 $	77 681 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	130 146 $	128 349 $
03-00575	CHANTELAIT	29 919 $	29 506 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	58 928 $	58 114 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	56 859 $	56 074 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	99 825 $	98 447 $
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	5 983 $	5 900 $
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	32 844 $	32 391 $
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	13 689 $	13 500 $
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	107 099 $	105 620 $
03-06094	COMMUNAUTE AGAPE DE QUEBEC	65 151 $	61 805 $
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	18 252 $	18 000 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	46 429 $	45 788 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	844 470 $	832 811 $
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	85 181 $	84 005 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	128 651 $	126 875 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	55 772 $	55 002 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUEBEC	108 219 $	106 725 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	37 019 $	36 508 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	63 180 $	62 308 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	27 217 $	27 217 $
03-05198	EQUIPE BENEVOLE DE L'INSTITUT (L')	27 300 $	26 923 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	134 362 $	132 507 $
03-06186	G.R.I.S. – QUEBEC	48 744 $	48 071 $
03-01318	GRANDS FRERES ET GRANDES SOEURS DE QUEBEC INC. (LES)	54 086 $	53 339 $
03-05110	GROUPE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE SAINTE-FOY	55 772 $	55 002 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	128 651 $	126 875 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	26 111 $	25 750 $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	576 470 $	568 511 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	33 554 $	30 645 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	98 493 $	97 133 $
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUEBEC	128 649 $	126 873 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	98 612 $	97 250 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	98 280 $	96 923 $
03-01469	MAMIE-LAIT	33 913 $	33 445 $
03-06007	MAREE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	235 788 $	232 533 $
03-01803	MOISSON QUEBEC INC.	61 181 $	57 890 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES A LA COMMUNAUTE DU CAP-ROUGE INC.	65 865 $	62 510 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ECOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	139 228 $	137 306 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTE MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	98 872 $	97 507 $
03-06309	PARENTS-ESPOIR	18 252 $	18 000 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	59 113 $	58 297 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	333 767 $	329 159 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	50 963 $	50 259 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	107 099 $	105 620 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	21 420 $	21 124 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	38 184 $	35 211 $
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	14 196 $	14 000 $
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	59 446 $	56 179 $
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	62 737 $	61 871 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTEGRATION ET DE READAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	34 000 $	33 806 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	63 086 $	62 215 $
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	84 791 $	83 620 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLERIQUES DE CHARLEVOIX	115 685 $	114 088 $
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC (LA)	46 601 $	45 958 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	39 336 $	38 793 $
03-01872	TEL-AIDE QUEBEC INC.	120 231 $	118 571 $
	Sous-total	8 515 401 $	8 272 418 $
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	128 736 $	126 959 $
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUEBECOIS INC.	53 408 $	52 671 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLEVOIX INC.	44 385 $	43 772 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE PORTNEUF	42 609 $	42 021 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTERESSEES A L'APHASIE (A.P.I.A.)	51 384 $	50 675 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUEBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLEMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	59 278 $	58 460 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION SOCIALE (REGION DE QUEBEC) (L')	41 915 $	36 504 $
03-06187	ASSOCIATION QUEBECOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	73 847 $	72 827 $
03-02552	ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUEBEC (A.Q.E.T.A.)	96 535 $	95 202 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	124 217 $	122 502 $
03-06061	AUTO-PSY (REGION DE QUEBEC)	72 083 $	71 088 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	112 698 $	111 142 $
03-06229	COMITE D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUEBEC	110 118 $	108 598 $
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	174 637 $	172 226 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	114 433 $	112 853 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTEGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	51 922 $	51 205 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITE DE QUEBEC	97 165 $	95 823 $
03-02409	VIOLENCE INFO	173 047 $	170 658 $
	Sous-total	1 622 417 $	1 595 186 $
Hébergement communautaire			
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	438 067 $	432 019 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	499 572 $	492 675 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	661 218 $	652 089 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	608 757 $	600 352 $
03-00154	MAISON HELENE LACROIX	640 504 $	631 661 $
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	680 722 $	671 323 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	619 608 $	615 230 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	681 345 $	671 938 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	357 220 $	352 288 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	664 845 $	655 666 $
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gite du Nomade)	133 678 $	131 832 $
	Sous-total	5 985 536 $	5 907 073 $
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUEBEC	54 301 $	53 551 $
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	510 183 $	474 458 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	201 542 $	198 759 $
03-03010	ASSOCIATION ALTI	77 879 $	76 804 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLESBOURG	76 258 $	75 205 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	122 437 $	120 747 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	68 798 $	67 821 $
03-06065	CAFE-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	67 136 $	63 763 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	143 630 $	141 647 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIE INC. (LE)	200 713 $	197 942 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	350 983 $	346 137 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	255 657 $	252 127 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	98 612 $	97 250 $
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	218 109 $	215 098 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	173 202 $	170 811 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	173 202 $	170 811 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	173 058 $	170 669 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	173 201 $	170 810 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUEBEC	173 138 $	170 748 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	33 554 $	30 645 $
03-03057	CENTRE RESIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	114 065 $	112 490 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	172 518 $	170 136 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (REGION DE QUEBEC)	192 120 $	189 467 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	173 982 $	171 580 $

Numéro du dossier	Nomde l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	215 297 $	212 324 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'EVASION L'ORMIERE	66 152 $	65 211 $
03-06137	DEMI-LUNE	115 960 $	114 359 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURGINC.	132 763 $	130 930 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	150 978 $	146 447 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	345 081 $	340 317 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	150 430 $	148 308 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	266 229 $	262 553 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	182 145 $	179 596 $
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	123 069 $	121 370 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	146 399 $	144 378 $
03-00502	MAISON DE JOB	187 770 $	185 178 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	238 517 $	232 778 $
03-06213	MAISON L'ECLAIRCIE	273 891 $	270 109 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	151 370 $	149 280 $
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	126 714 $	124 953 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	88 355 $	87 129 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	120 143 $	118 484 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE L'AUBERGER	66 233 $	65 291 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	94 711 $	93 397 $
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	143 985 $	141 986 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLEANS (LA)	99 664 $	98 261 $
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	40 764 $	40 145 $
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	38 214 $	37 645 $
03-03222	MAISON DES JEUNES DE MONT-ROUGE 125 INC. (LA)	66 696 $	65 748 $
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRE DE NEUFCHATEL (LA)	66 230 $	65 288 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	104 922 $	103 446 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	39 799 $	39 193 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	66 233 $	65 291 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE SAINT-EMILE	40 764 $	40 145 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE VILLERY INC. (LA)	76 761 $	75 695 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	76 167 $	75 066 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	37 011 $	36 500 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	61 645 $	60 767 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR EST	149 517 $	147 453 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR OUEST	135 217 $	133 339 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	94 353 $	93 044 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	144 696 $	142 698 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHESE (LA)	118 418 $	116 783 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ADOME	46 140 $	45 476 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	117 368 $	115 748 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	132 763 $	130 930 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'ESCALE DE LIMOILOU (LA)	111 155 $	109 620 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTEGRALE INC. (LA)	176 238 $	173 806 $
03-00229	MAISON L'ESPERANCE INC.	95 933 $	94 608 $
03-01804	MAISON MARIE FREDERIC	352 987 $	348 113 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	31 074 $	30 645 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUEBEC) A QUEBEC	547 720 $	540 158 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	199 612 $	196 856 $
03-06139	ORGANISATION QUEBECOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	80 725 $	79 610 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	792 273 $	781 334 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	168 202 $	165 880 $
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PREVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES (RAP JEUNESSE)	94 063 $	90 318 $
03-00210	RELAIS D'ESPERANCE	57 439 $	54 200 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	255 096 $	251 574 $
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	235 668 $	232 414 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	62 363 $	61 502 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	162 590 $	160 345 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUEBEC)	98 548 $	97 187 $
03-06093	SOLIDARITE FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	31 074 $	30 645 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	135 243 $	130 930 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	76 050 $	73 295 $
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	44 214 $	43 604 $
03-00140	VIOL-SECOURS	307 085 $	302 845 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	89 865 $	86 178 $
	Sous-total	13 343 029 $	13 108 182 $
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BENEVOLE DE ST-BASILE INC.	4 091 $	4 035 $
03-02022	AIDE A LA COMMUNAUTE ET SERVICES A DOMICILE	26 533 $	26 167 $
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	65 271 $	64 370 $
03-06019	ARCHE L'ETOILE INC. (L')	367 734 $	362 657 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	72 066 $	71 071 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISES DE QUEBEC INC.	6 697 $	6 605 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	82 479 $	81 340 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	10 931 $	10 780 $
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUEBEC	147 596 $	145 558 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	142 003 $	140 042 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	198 103 $	180 982 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	213 340 $	210 394 $
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AINES DE ST-EMILE	6 745 $	6 652 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC INC.	56 089 $	55 315 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	2 251 387 $	2 220 303 $
03-06143	COMITE D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	82 817 $	81 674 $
03-01971	CORPORATION CITE-JOIE INC. (LA)	73 714 $	72 696 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010	Subvention accordée 2008-2009
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	19 754 $	19 481 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	53 198 $	52 464 $
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	27 623 $	27 242 $
03-06015	FONDATION FETE D'ENFANT DEDE INC.	18 715 $	18 457 $
03-06195	GROUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ECONOMIQUE (GRAPE)	20 971 $	20 681 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	389 835 $	384 453 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	10 997 $	10 845 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ENIGME DE BEAUPRE	44 612 $	43 955 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	105 401 $	101 500 $
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	101 834 $	100 428 $
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	101 834 $	100 428 $
03-06168	PETIT REPIT (LE)	33 204 $	32 746 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 040 599 $	1 026 232 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA REGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX)	16 743 $	16 512 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	214 626 $	211 663 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPEES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	15 141 $	14 932 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	50 292 $	49 598 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	79 674 $	76 128 $
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	93 998 $	92 700 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC (LA)	8 797 $	8 676 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA) / ROULOTTE LA MARGINALE	36 799 $	33 845 $
	Sous-total	6 292 243 $	6 183 607 $
	Total	**35 758 626 $**	**35 066 466 $**

PLAN D'ACTION REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes		
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	14 065 $
	Sous-total	14 065 $
Violence faite aux femmes en milieu familial		
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	11 276 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	11 276 $
03-06283	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE DE CHARLEVOIX	11 276 $
	Sous-total	33 828 $
Toxicomanie		
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	33 205 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010
	Sous-total	33 205 $
Santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	29 083 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	17 837 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	29 729 $
03-06230	FOLIE/CULTURE INC.	59 460 $
	Sous-total	136 109 $
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées		
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	3 566 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	17 745 $
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	18 213 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	12 482 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	23 784 $
	Sous-total	75 790 $
Lutte à la pauvreté		
03-00721	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	12 485 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	14 179 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	36 202 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	28 925 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	8 730 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	30 689 $
	Sous-total	131 210 $
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)		
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	43 050 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	43 050 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA À QUÉBEC (MIELS-QUÉBEC)	96 634 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	266 930 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	73 289 $
	Sous-total	522 953 $
	Total	**947 180 $**

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvenion accordée 2009-210
Programme santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	68 682$
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	131 484$
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	161 287$
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	124 510$
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	7 096$
03-06272	ÉQUITRAVAIL	232 002$

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2009-2010
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	55 324 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	39 546 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ECOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	39 546 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	43 021 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	475 801 $
03-06242	SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE L'APPUI INC. (LES)	105 704 $
03-06173	SOCIETE ACTIONS-CHAMBREURS DE QUEBEC	20 280 $
	Sous-total	1 504 285 $
Autres programmes		
03-01011	AUTISME QUÉBEC	103 216 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	45 000 $
03-06129	C.E.R.F. VOLANT DE PORTNEUF INC.	3 156 $
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	25 000 $
03-06124	LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES JEFFERY HALE	8 083 $
03-02632	MAISON DE LA FAMILLE D.A.C. (DROIT D'ACCES CHARLESBOURG)	16 829 $
03-06045	MAISON DE LA FAMILLE DE CHARLEVOIX	2 104 $
03-01874	MAISON DE LA FAMILLE DVS (LA)	78 889 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	130 168 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	6 084 $
03-06249	SERVICE FAMILIAL D'ACCOMPAGNEMENT SUPERVISE	4 207 $
03-00140	VIOL-SECOURS	53 802 $
	Sous-total	476 538 $
Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
03-06196	CENTRE CASA (1997)	30 843 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	10 567 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	27 474 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	50 755 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	47 551 $
	Sous-total	167 190 $
Projets ponctuels		
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	35 000 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	2 100 $
	Sous-total	37 100 $
	Total	**2 185 113 $**

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec